EXPOSÉ

DES

TITRES DE M. HUGUIER

A LA PLACE VACANTE

A L'ACADÉMIE DES SCIENCES

(INSTITUT)

SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

NOVEMBRE 1867

PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1867

Mon cher collègue,

Comme j'aime à être jugé par des hommes intègres et compétents, je vous ai apporté un exemplaire de mes titres, afin que vous en preniez connaissance à vos moments perdus.

À vous de tout cœur

Lugeine

TITRES DE M. HUGUIER

Ils peuvent être rangés en quatre sections :

La première comprend les travaux en pathologie médicale, chirurgicale et médecine opératoire;

La deuxième, les travaux en anatomie pathologique et physiologique;

La troisième, l'enseignement;

La quatrième, l'énoncé des places et des récompenses obtenues au concours ou à l'élection.

PREMIÈRE SECTION

TRAVAUX EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE

1. *Mémoire sur le diagnostic.*

(*Archives générales de médecine*, 1833.)

J'ai montré, à l'aide des faits anatomico-pathologiques, que : 1° les anévrysmes de l'aorte pectorale peuvent, suivant leur position, les parties qu'ils compriment, leur mode d'ouverture dans l'œsophage ou dans la trachée-artère, être pris pour une gastrite chronique, une gastralgie, une hématémèse, une hémoptysie, ou même une phthisie laryngée (on trouve dans ce travail un cas fort remarquable de compression et d'atrophie du nerf laryngé récurrent gauche par un anévrysme de la concavité de la crosse de l'aorte, ce qui détermina tous les symptômes d'une phthisie laryngée; — 2° que les ossifications de l'aorte, qui donnent si souvent lieu à l'anévrysme du cœur, peuvent, quand elles sont très-étendues, simuler cette affection sans que l'organe central de la circulation soit le siége d'aucune des lésions désignées sous le nom commun d'anévrysme du cœur, et qu'il doit surtout en être ainsi lorsque les parois de l'artère pulmonaire sont ossifiées en même temps que celles de

l'aorte, comme le prouve le fait rapporté dans ce mémoire : ce cas d'ossification de presque toute l'étendue de l'artère pulmonaire est le seul qui ait été consigné dans les annales de la science ; — 3° qu'une myélite chronique de la région cervicale de la moelle peut troubler les fonctions du cœur et celles qui dérivent du jeu régulier de cet organe au point de simuler un anévrysme sans que cependant il soit le siége d'aucune lésion organique, et sans que cette myélite ait été accompagnée des symptômes qui en révèlent l'existence ; M. Serres (*Journal de physiologie*, juillet 1825) avait déjà rapporté une observation semblable à celle que renferme mon mémoire : le malade avait été traité pour une dilatation avec hypertrophie des cavités gauches du cœur ; à l'autopsie le cœur fut trouvé sain, la moelle ramollie ; — 4° que dans certains cas il est extrêmement difficile de ne pas confondre les maladies des enveloppes qui protégent la moelle avec celles de la partie correspondante du système nerveux, comme aussi de distinguer les unes des autres les maladies des organes protecteurs eux-mêmes. J'ai rapporté entre autres un fait très-important d'abcès simultanés des deux muscles psoas qui en ont successivement imposé aux médecins les plus habiles pour un lumbago, une myélite chronique et une carie vertébrale. — 5° Dans le même travail, j'ai montré, par un grand nombre de faits recueillis tant dans les hôpitaux que dans les amphithéâtres de la Faculté, que, très-fréquemment dans l'affection désignée sous le nom d'hydropisie de l'ovaire, ces deux organes sont malades à la fois, que dans l'un la maladie est arrivée ou sur le point d'arriver à sa dernière période, tandis que dans l'autre elle est encore dans sa période d'accroissement, et n'offre le plus souvent qu'un volume médiocre ou très-faible, ce qui, joint à l'hydropisie ascite qui accompagne souvent cette affection, rend le diagnostic de cet état très-difficile ou impossible ; qu'il est très-rare que le kyste ne renferme que de la sérosité, sans autres produits morbides. Il résulte de ces observations qu'il ne faut jamais tenter d'opération sérieuse pour guérir cette affection avant d'avoir pratiqué préalablement une ou plusieurs ponctions qui mettront le praticien à même de faire un diagnostic complet.

2. *Mémoire sur l'existence du virus syphilitique.*

(*Journal général de médecine*, publié par Hatin, 1831.)

C'était beaucoup alors de soutenir et de prouver contre Broussais, Jourdan, Desruelles et leur école, que ce virus existe réellement. Le raisonnement et les faits accumulés dans ce travail ne laissent aucune prise au doute.

3. *Mémoire sur la maladie syphilitique des femmes enceintes et des enfants nouveau-nés.*

(Lu à l'Académie le 14 juillet 1840.)

Dans ce mémoire j'ai décrit les modifications que la grossesse fait subir aux symptômes de la maladie tant sous le rapport de leur nature, de leur nombre, de leur étendue, que sous celui de leur fréquence relative, ce qui n'avait pas encore été fait. J'ai fait connaître l'influence de la syphilis sur la grossesse, les causes variées des avortements chez les femmes enceintes syphilitiques, et me suis attaché, à l'aide de nombreux faits (127) recueillis avec soin, à faire ressortir les avantages et les inconvénients des diverses méthodes thérapeutiques employées chez les femmes enceintes syphilitiques. J'ai démontré que de tous les accidents qui peuvent être produits par la maladie, le plus difficile à prévenir est l'hérédité, quelle que soit la méthode thérapeutique à laquelle on ait recours.

On trouve dans ce mémoire une exposition détaillée de l'opinion des divers auteurs qui ont écrit sur la maladie vénérienne des femmes enceintes, depuis l'invasion de cette maladie en Europe jusqu'en ces derniers temps; et, de plus, une analyse de cent vingt-sept observations recueillies sur des malades entrées à l'hôpital des Vénériens.

4. *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius.*

(Lu à l'Académie en mars 1842.)

Dans le premier chapitre, je fais connaître les caractères principaux de ces fractures, leurs causes, leur direction, le sens de leur déplacement, qui le plus souvent a lieu tout à la fois suivant la longueur, la direction et l'épaisseur de l'os.

Dans un second chapitre, j'indique, ce qui n'avait pas encore été fait avec soin jusqu'à ce jour, quelles sont les raisons anatomo-pathologiques pour lesquelles la crépitation manque si souvent dans ces fractures. Les causes de l'absence de cette crépitation sont rattachées à sept chefs principaux : 1° à ce qu'assez souvent le fragment inférieur n'est pas déplacé et est immobile sur le supérieur; 2° à ce que presque toutes ces solutions sont obliques en haut et en arrière, ou en haut et en avant; 3° à ce que, dans ces fractures obliques de l'extrémité inférieure du radius, on ne peut faire éprouver au fragment inférieur des mouvements assez étendus en dedans et en dehors; 4° à la pénétration des fragments l'un dans l'autre; 5° à l'épanchement de

sang qui se forme entre les fragments; 6° au peu de résistance et de dureté des surfaces de la fracture; 7° au peu de prise que l'on a sur le fragment inférieur et au peu d'étendue du levier qu'il présente.

Dans un troisième chapitre, je m'occupe de l'anatomie physiologique, du mécanisme de la main et de l'avant-bras, considérés sous le rapport du traitement, c'est-à-dire des indications à remplir et des moyens chirurgicaux à employer. Je prouve, après avoir donné une nouvelle description de la configuration de ces parties et des liens qui les unissent, qu'elles sont très-propres à l'application d'un appareil à extension continue. Cette partie du mémoire montre que l'anatomie chirurgicale et la mécanique animale sont susceptibles de faire encore de grands progrès.

Dans un quatrième chapitre, je passe en revue les nombreuses indications thérapeutiques que présente cette lésion. Presque toutes ces indications se tirent de la direction de la fracture, du genre de déplacement qui l'accompagne et de l'organisation de la partie. Celles sur lesquelles j'insiste le plus sont : de rendre au radius ou aux deux os de l'avant-bras leur longueur primitive, à la faveur d'un appareil à extension qui lutte constamment contre l'action incessante des muscles de l'avant-bras; de porter la totalité de la main et non son extrémité inférieure seulement en dedans lorsqu'il y a déplacement du fragment inférieur en dehors; d'éviter autant que possible les compressions au niveau de l'articulation radio-carpienne et des gaînes tendineuses, et de ne pas rapprocher le premier métacarpien du deuxième, afin de conserver le premier intervalle interosseux qui, sans cette précaution, se rétrécit au point de rendre le pouce presque inutile ultérieurement.

Dans un cinquième chapitre, après avoir examiné les avantages et les inconvénients des divers appareils proposés jusqu'à ce jour et démontré qu'aucun d'eux ne remplit les indications les plus importantes, je décris un appareil à extension continue que j'ai inventé, et dont j'ai fait l'application pour la première fois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy, le 5 septembre 1841, lorsque je remplaçai ce savant professeur.

Dans un sixième chapitre, je fais connaître quelles sont les causes anatomo-pathologiques de l'altération des mouvements ou de la demi-ankylose qui succède souvent à ces sortes d'affections.

Enfin je termine ce travail par un exemple de luxation complète du poignet en arrière, et par le parallèle des signes différentiels qui existent entre les luxations et les fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

5. *Dissertation sur la valeur des diverses méthodes de traitement proposées contre les varices.*

(Thèse pour l'agrégation.)

Après avoir esquissé à grands traits l'opinion des auteurs qui ont écrit sur les varices, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, je passe en revue la valeur relative et absolue de chacune des méthodes qui ont été employées contre les varices; je fais ressortir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles; j'examine les accidents qu'elles peuvent déterminer, et précise, autant que possible, les cas où chaque moyen curatif peut ou doit être mis en usage; je donne une explication anatomico-physiologique des causes de l'insuccès de la plupart des procédés employés contre cette maladie. Quand je rejette quelque moyen, c'est après avoir démontré par des faits qu'il est infidèle ou nuisible. Je termine en concluant que la compression seule ou aidée de la position doit être considérée comme la méthode générale, non-seulement à cause des nombreux cas de varices dans lesquels il convient de l'employer, mais encore parce qu'elle est apte à prévenir et à combattre les nombreuses complications des varices, qu'elle ne détermine jamais d'accidents à proprement parler, amène dans plusieurs circonstances la cure radicale, et qu'enfin elle a été employée, par ceux qui l'ont le plus dépréciée, comme moyen auxiliaire des opérations qu'ils ont pratiquées contre les varices, et qui sans elle eussent échoué un plus grand nombre de fois encore. Dans ce mémoire j'ai décrit une veine qui avait jusqu'alors échappé à l'attention des anatomistes, veine qui rallie la veine saphène externe et la veine poplitée avec la veine ischiatiqne et indirectement avec l'hypogastrique. La circulation veineuse de la jambe se trouve ainsi rattachée directement à celle du bassin. On comprend le rôle important que cette veine est appelée à remplir dans les oblitérations des saphènes et dans celle de la veine crurale.

6. *Dissertation sur les opérations de la pupille artificielle.*

(Thèse pour la chaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine, en février 1841.)

Dans un premier chapitre, intitulé *Considérations générales sur la pupille artificielle*, j'ai traité de l'historique de l'opération, des cas qui la réclament, de ses contre-indications, des circonstances dans lesquelles elle a le plus de chances de succès, du siége, de l'étendue, de la forme de l'ouverture pupillaire, de la conduite que doit tenir le praticien à l'égard du cristallin et de sa capsule, et de la préparation du malade avant l'opération.

Dans un deuxième chapitre, en envisageant le sujet sous le rapport opératoire, j'ai donné une nouvelle classification des nombreuses méthodes et des procédés si variés à l'aide desquels on pratique cette opération. Tous ces procédés ont été rattachés à sept méthodes. Je me suis efforcé, avec M. Laugier, de faire revivre la coréanaplastie (rétablissement de la pupille naturelle), qui, dans certains cas, a des avantages incontestables sur les autres méthodes. A mesure que j'ai examiné chacun des principaux procédés décrits par les auteurs, j'ai fait ressortir ses avantages et ses inconvénients. J'ai inventé et décrit un nouveau procédé de corétomédialysie qui, comme le procédé tant vanté de Donégana, n'a pas l'inconvénient de rendre très-difficile ou impossible l'incision de la partie décollée de l'iris.

Dans le troisième et dernier chapitre, intitulé *Appréciation des méthodes et procédés*, j'ai fait voir que la diversité des cas qui nécessitent cette opération s'opposera toujours à ce que l'on choisisse une méthode ou un procédé à l'exclusion des autres. Aussi, après avoir démontré que l'iridectomie doit être considérée comme la méthode générale, nous avons fait connaître les circonstances dans lesquelles l'iridodialysie, l'iridotomie, la coréanaplastie et la corectopie doivent lui être préférées.

7. *Dissertation sur le diagnostic différentiel des maladies chirurgicales du coude.*

(Concours pour une chaire de clinique externe, 1842.)

Dans ce travail, presque entièrement neuf pour cette région, j'ai indiqué diverses dispositions anatomiques inédites qui expliquent pourquoi les épanchements intra-articulaires, quelque variés qu'ils soient dans leur nature, se montrent toujours sur certains points du pourtour de l'articulation et non sur d'autres indiqués par les auteurs; pourquoi ces points ne sont pas les mêmes à toutes les époques de la maladie, bien qu'ils soient invariables pour chaque époque; pourquoi les plaies pénétrantes de cette articulation sont tellement rares qu'on en connaît à peine quelques cas dans la science. Je fais exception, bien entendu, des plaies par armes à feu.

J'ai divisé les nombreuses maladies dont j'avais le diagnostic différentiel à établir en deux grandes classes : dans la première j'ai rangé les maladies extra-articulaires, que j'ai divisées en deux groupes : celles de la partie antérieure du coude et celles de la partie postérieure; dans la seconde j'ai placé toutes les maladies propres à l'articulation huméro-cubitale, et établi trois groupes : celui des lésions physiques, celui des lésions vitales et celui des lésions organiques.

La simple énumération des sujets traités donnera une idée complète de ce travail :

Maladies extra-articulaires.

Plaies des artères, anévrysmes, plaies des veines du coude, plaies des vaisseaux lymphatiques et fistules lymphatiques, érysipèle phlegmoneux, phlébite, angéioleucite.

Maladies intra-articulaires, ou des tissus qui composent l'articulation.

Lésions physiques : plaies pénétrantes de l'articulation, de dehors en dedans, par un instrument piquant ou tranchant; de dedans en dehors, par un fragment osseux.

Fractures : a. qui siégent sur l'humérus, transversale et en rave, transversale et oblique de haut en bas et d'arrière en avant, transversale et oblique d'avant en arrière et de haut en bas; fractures obliques proprement dites, ou obliques latéralement; fractures des condyles, de la trochlée et de la tubérosité interne, de la petite tête de l'humérus et de sa tubérosité;

b. qui siégent sur les os de l'avant-bras.

1° De l'olécrâne, 2° de l'apophyse coronoïde, 3° de l'extrémité supérieure du radius, au-dessus de la tubérosité bicipitale, dans son col; 4° fractures multiples et complexes.

Luxations de l'avant-bras : 1° En arrière, complètes et incomplètes; 2° en avant; 3° interne, complète, incomplète; 4° externe, complète, incomplète; 5° de l'extrémité supérieure du radius, en avant, en arrière, en dehors; 6° luxation du cubitus seul en arrière.

Diagnostic différentiel de ces luxations entre elles.

Diagnostic différentiel des luxations d'avec les fractures.

Corps étrangers articulaires.

Entorse.

Lésions vitales.

Arthrite.

Épanchements articulaire, sanguin, séreux, purulent. Tous commencent par faire saillie sur un seul point du pourtour de l'articulation, derrière la cavité olécrânienne de l'humérus devant le tendon du triceps brachial, puis sur deux autres points, les parties latérales de ce tendon; ensuite en dehors, puis enfin en dedans de l'olécrâne. Une fois la synoviale déchirée ou usée, si la matière de l'épanchement vient se concentrer sur un point éloigné de l'articulation, c'est en suivant un trajet que j'ai fait connaître avec soin et qui est constamment le même, ce qui aide beaucoup à établir le diagnostic des abcès qui viennent de l'articulation d'avec ceux qui sont étrangers à cet article, et siégent seulement dans son voisinage.

Diagnostic différentiel des épanchements intra-articulaires entre eux.

Ankylose.

Relâchement et inflammation chronique des ligaments de l'articulation radio-cubitale supérieure et de la luxation lente de la tête du radius en arrière.

Lésions organiques.

Tumeurs blanches, carie, nécrose, tubercule, ostéosarcome.

Dans ce travail, j'ai, comme on le voit, éliminé toutes les maladies qui ne sont pas modifiées par leur séjour sur la région du coude; ainsi les maladies aiguës et chroniques de la peau, qui sont ici ce que nous les voyons être sur les autres points de l'économie, dans lesquels les téguments offrent les mêmes dispositions, ne m'ont pas occupé ; il en a été de même des plaies simples, des ulcères, des brûlures, de la gangrène, des kystes, des loupes, des lipomes, du furoncle, de l'anthrax, du phlegmon, des abcès, de l'œdème, de la rupture des tendons, etc., qui offrent les mêmes caractères que sur les autres régions de l'économie.

8. *Traité des maladies de la glande vulvo-vaginale et des divers appareils sécréteurs de la vulve* (avec planches). 1850.

Cet ouvrage, entièrement original, pour la composition duquel j'ai recueilli plus de cent quarante observations, dans l'espace de quatre ans, renferme l'histoire de quatorze maladies nouvelles. Il suffira, pour donner une idée de son importance et de son étendue, de rappeler les conclusions que nous avons placées à la fin.

La *folliculite vulvaire*, dont nous ne trouvons de description dans aucun auteur, ne doit pas être confondue avec l'affection que M. Robert appelle *inflammation des follicules muqueux de la vulve*, et que les auteurs de la *Bibliothèque du médecin praticien* ont désignée sous le nom de *vulvite folliculaire*. Il faut éviter de la confondre avec l'herpès, l'ecthyma, surtout avec la maladie vénérienne; en effet, dans sa première période, avant la suppuration, elle ressemble à certains tubercules muqueux à leur début; dans sa dernière période, elle simule quelquefois une blennorrhagie ou des chancres naissants.

La vulve, comme la plupart des autres parties de l'économie, peut être le siége d'une *acné* qui détermine parfois un prurit vulvaire très-incommode et très-rebelle. Cette affection est susceptible d'être prise pour une maladie syphilitique, surtout lorsqu'il existe en même temps un écoulement vaginal et des cuissons au pudendum.

Les follicules sébacés de la peau des organes génitaux peuvent s'hypertrophier, former un relief plus ou moins considérable, se détacher en quelque sorte du tégument, et donner naissance à de petites tumeurs que j'ai désignées sous le nom d'*exdermoptosis*, qui sont très-souvent prises pour des végétations ou des tubercules syphili-

tiques. L'erreur est d'autant plus facile que fréquemment elles sont accompagnées d'irritation à la vulve et d'écoulement ; elle est en quelque sorte inévitable pour le médecin qui ne connaît pas bien leurs caractères, si la malade a, en même temps, des excoriations ou des chancres aux organes sexuels. Cette affection peut se présenter sur presque tous les points de la surface du corps. C'est elle qu'un ancien interne de l'hôpital des Enfants malades a décrite sous le nom de *moluscum*, et qu'un de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis a décrite depuis sous le nom d'acné varioloïde.

Les mêmes organes peuvent se convertir en *kystes sébacés* plus ou moins volumineux.

L'appareil glanduleux vulvo-vaginal est quelquefois le siége d'une *hypersécrétion simple* ou d'une *hypersécrétion purulente* qui peuvent faire naître des pollutions involontaires, l'habitude de la masturbation, être confondues avec l'inflammation des follicules mucipares isolés, la leucorrhée, la blennorrhagie vulvaire, un abcès, une fistule de la vulve, etc., ou amener, lorsqu'elles se prolongent, diverses affections des organes génitaux et des troubles fonctionnels soit de ces organes mêmes, soit de ceux qui sympathisent avec eux.

La glande est assez souvent atteinte d'*engorgement chronique*, accompagné ou non d'hypersécrétion, qui plusieurs fois en a imposé pour un ganglion engorgé, un ancien kyste ou un abcès, dont les parois, revenues sur elles-mêmes, se sont converties en fistule. Il dispose aux inflammations aiguës et aux abcès.

Cet organe peut subir une telle dégénérescence qu'il se convertisse en une *masse fibreuse*.

Le conduit excréteur de la glande peut s'enflammer et être le siége d'un abcès qui offre pour principaux caractères : 1° d'être toujours peu volumineux, 2° presque complétement indolent, quoique situé au sein d'une partie très-sensible ; 3° de ne jamais déformer les lèvres vulvaires comme les autres abcès de cette partie ; 4° d'être fluctuant dans toute son étendue presque aussitôt son apparition ; 5° d'être situé immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse de l'entrée de la vulve ; 6° de s'ouvrir ou de paraître s'ouvrir très-promptement ; 7° de récidiver fréquemment, surtout aux époques menstruelles ou après des excès sexuels ; 8° de laisser après eux une hypersécrétion simple, purulente, ou bien une cavité ovalaire qui peuvent être la cause de nombreuses erreurs de diagnostic.

La glande elle-même est souvent atteinte d'une *inflammation aiguë* qui peut se terminer par la suppuration de son parenchyme ou des granulations qui la composent. Très-rarement l'affection existe à la fois des deux côtés aux mêmes degrés d'intensité et à la même période.

Dix-sept fois sur vingt, ces abcès, comme les précédents, reconnaissent pour cause les premiers rapports sexuels ou des abus de coït : aussi peut-on avancer d'une manière générale que quand des abcès de la vulve se sont manifestés après cette cause, ils siégent dans l'appareil glanduleux. Leur cause la plus fréquente après celle-ci est la blennorrhagie.

Dans ces *inflammations phlegmoneuses de la glande*, les phénomènes morbides se passent dans cet organe et ne s'étendent aux parties voisines que dans des limites très-restreintes. Lorsque l'abcès doit s'évacuer spontanément par une ouverture accidentelle, celle-ci ne se fait jamais sur la face externe de la grande lèvre, sur son bord libre ou dans le rectum; de sorte que, dans aucun cas, une fistule recto-vulvaire ne succède à ces collections purulentes, pas plus qu'une fistule sous-cutanée de la grande lèvre.

Ce sont autant d'erreurs de dire que les abcès qui dépendent de la blennorrhagie (abcès qui siégent dans l'appareil glanduleux) : 1° soient suivis de fistules recto-vulvaires; la méprise vient de ce que, chez les femmes de joie chez lesquelles on s'est appuyé pour avancer cette assertion, en même temps qu'il y a blennorrhagie, souvent il existe des maladies du rectum qui sont la véritable cause de la fistule recto-vulvaire ; 2° que ces abcès se convertissent en kystes lorsqu'ils se sont renouvelés plusieurs fois ; 3° que ce soient eux qui donnent naissance aux bubons appelés d'emblée; 4° que ces abcès soient pleins d'une sanie virulente, qui est la cause de la maladie vénérienne : il n'en est ainsi que quand ces abcès sont accompagnés de chancres qui ont atteint l'appareil glanduleux; 5° qu'ils se convertissent souvent en fistules vulvaires.

Ces abcès sont souvent confondus avec les trois autres espèces de collections purulentes qui se forment à la vulve, savoir : les abcès phlegmoneux, stercoro-vulvaire et prérecto-vulvaire. Ce dernier surtout a avec eux de grandes analogies, mais il en diffère principalement en ce que le pus qui en provient est plus abondant, noirâtre, a une odeur fétide et peut se faire jour dans le rectum, en ce qu'il est suivi d'un cordon cylindrique induré qui se porte de la grande lèvre à l'intestin.

Ainsi que les abcès du conduit, ils ont souvent été pris pour des kystes, des fistules vulvaires, et même pour une blennorrhagie.

Ils ne doivent pas être ouverts en dehors, sur la face externe de la grande lèvre, mais bien en dedans, et, si faire se peut, dans le fond du pli nympho-labial, suivant la règle que nous avons indiquée, d'éviter un cul-de-sac dans lequel les liquides génito-urinaires pourraient séjourner.

Dans les abcès à répétition, l'instrument tranchant ne prévient la récidive, si c'es

un abcès du conduit, qu'en détruisant la continuité de sa cavité; et si c'est un abcès de la glande, qu'en extirpant ou en cautérisant celle-ci.

L'orifice du conduit excréteur est quelquefois atteint d'un *rétrécissement* ou d'une *oblitération complète*, qui peuvent être la cause d'une hypersécrétien purulente, d'un abcès ou d'un kyste muqueux. D'autres fois il est agrandi ou complétement détruit, et est remplacé par une ouverture qui mène dans un cul-de-sac au fond duquel les liquides génito-urinaires peuvent s'introduire et séjourner.

L'appareil sécréteur vulvo-vaginal est très-souvent le siége de *kystes muqueux*, qui jusqu'à ce jour ont été confondus avec les autres kystes de la vulve, et dont la fréquence, la nature, le siége précis, le mode de développement et la marche ont été méconnus. Les propriétés chimiques et physiques du liquide qu'ils renferment, ainsi que l'organisation de leurs parois, démontrent, de la manière la plus évidente, leur nature muqueuse. Ils sont l'analogue de la grenouillette.

La dissection prouve que tantôt ils occupent le conduit excréteur seul, tantôt les granulations, et d'autres fois enfin ces deux parties de l'appareil.

Ils adhèrent fortement aux parties voisines et se laissent difficilement énucléer en entier; la simple incision de ces kystes, suivie de l'irritation, de la scarification, de l'excision partielle ou de la cautérisation de leurs parois, suffit pour en amener la guérison. Il faut se garder de croire qu'on n'en obtienne la cure radicale qu'autant qu'*on les extirpe complétement.* La cause de leur récidive ne gît pas dans leur extirpation incomplète ou dans la portion de leurs parois laissée dans les organes; mais bien dans la présence des parties qui, d'un instant à l'autre, peuvent se convertir en kystes, ou dans celle de très-petits kystes qui, au moment de l'opération, ont échappé au chirurgien et ont continué à s'accroître au point de devenir manifestes et de faire croire à la réapparition des premiers.

L'incision doit toujours être pratiquée dans le fond du pli nympho-labial, à la surface interne de la grande lèvre, à moins que la tumeur ne soit très-volumineuse : dans ce cas, elle doit être faite sur le bord libre de cette lèvre et lui être parallèle.

L'appareil peut être affecté de *blennorrhagie*, d'*abcès syphilitiques*, de *chancres* et de *végétations*.

Les *chancres* sont primitifs ou consécutifs à un abcès vénérien. Le plus ordinairement ils sont à découvert, faciles à constater; d'autres fois, ils sont pour ainsi dire cachés dans l'épaisseur des parties et peuvent en imposer pour d'autres affections.

Les *végétations* peuvent, comme les chancres, siéger sur l'orifice du conduit excréteur ou avoir pris naissance dans l'intérieur de ce canal.

L'ensemble des faits que j'ai exposés dans mon mémoire sur l'anatomie de la

glande vulvo-vaginale et ses fonctions forme, avec ceux renfermés dans celui-ci, tout un nouveau système anatomique, physiologique et pathologique, qui avait jusqu'alors échappé à l'investigation des anatomistes et des pathologistes. (Cet ouvrage, qui forme un volume in-quarto de 400 pages, a été couronné par l'Institut.)

Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer et d'enlever, à l'hôpital Beaujon, sur une malade qui m'avait été adressée par M. Cullerier, *un cancer squirrheux* ulcéré de la glande.

9. *Mémoire sur l'esthiomène ou le lupus de la vulve et du périnée, sur ses analogies avec celui du visage, avec l'affection désignée improprement sous le nom d'éléphantiasis des Arabes, sur ses complications et son traitement* (avec planches).

Après avoir fait connaître les causes pour lesquelles cette affection était restée jusqu'à ce jour inconnue, j'ai démontré quelles étaient les nombreuses et profondes analogies anatomo-physiologiques et pathologiques qui existent entre le visage et la région vulvo-périnéale, analogies qui expliquent la présence de cette maladie sur cette région. J'ai ensuite prouvé, par des faits, que les diverses espèces d'esthiomènes que l'on observe au visage peuvent se montrer sur la vulve et le périnée.

J'ai décrit les graves complications que cette maladie peut entraîner à sa suite dans cette région. J'ai fait connaître les caractères diagnostiques qui servent à la distinguer du cancer, de la syphilis et de l'hypertrophie de la vulve, avec lesquels elle a été et est encore confondue. (Cet ouvrage a été couronné par l'Institut.)

Depuis la publication de ce travail, dont les idées ont été adoptées par les praticiens les plus distingués et les plus expérimentés sur cette matière, j'ai prouvé, par de nouveaux faits, que cette affection peut également exister sur la région ano-périnéale de l'homme, chez lequel elle avait été aussi confondue avec le cancer et la syphilis. (Mémoire lu à l'Académie de médecine, 8 février 1848.)

10. *Considérations sur la nature et le traitement des constrictions de l'extrémité inférieure du vagin* (avec planches).

(Thèse pour le doctorat, 1834.)

Comme les constrictions de l'anus, elles peuvent être symptomatiques ou essentielles. Les premières, qui ne sont pas très-rares, compliquent ordinairement les affections dartreuses de la vulve et nécessitent le même traitement que ces maladies. Quant à la constriction spasmodique essentielle, elle est excessivement rare ; le cas que

j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis et sur lequel j'ai fixé l'attention des praticiens, était alors le seul que possédait la science. Je ne trouvai contre cette maladie qu'un seul remède, l'incision du muscle constricteur du vagin à droite et à gauche. C'est cette affection que MM. Marion Sims et Courty ont depuis et alors désignée sous le nom de vaginisme, sans avoir cité l'auteur qui avait le premier décrit les caractères de la maladie.

11. *Mémoire sur les polypes utéro-folliculaires* (avec planches).

(*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. Ier.)

La nature de cette nouvelle espèce de polype de l'utérus, dont nous avons constaté l'existence et donné une description le 11 octobre 1843, a été confirmée depuis cette époque par des faits présentés à la Société de chirurgie par MM. Nélaton, Lenoir et Jarjavay.

C'est à cause de la grande analogie anatomo-physiologique et pathologique de ces tumeurs avec l'utérus, que certains polypes ont été souvent pris pour la matrice malade, en état de prolapsus ou de renversement : erreur qui a été non-seulement commise par les anciens, mais par les praticiens les plus célèbres de nos jours, qui les ont enlevées pensant enlever la matrice, ou les ont réduites dans le bassin croyant replacer la matrice en prolapsus.

Nous avons de plus démontré dans ce travail que cette espèce de polype creux et tapissé d'une membrane muqueuse s'insère sur le col ou dans la cavité du col de la matrice, mais jamais dans la cavité du corps de cet organe.

12. *Note sur les polypes formés par le tissu propre de l'utérus* (avec planches).

(*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II.)

J'ai démontré que le tissu propre de l'utérus, en devenant le siége d'une hypertrophie locale, peut donner naissancc à des polypes qui ont une marche particulière et dont la ligature et l'amputation peuvent être suivies d'accidents plus fréquents et plus graves que pour les autres tumeurs développées à la surface interne de cet organe.

13. *Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin* (avec planches).

(*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. Ier.)

Pour faire connaître l'importance de ce travail, couronné par l'Institut, il suffira de rappeler les conclusions qui en découlent.

Kystes utérins. — 1° L'utérus peut être atteint de kystes de différente nature, qui étaient restés inconnus ; si l'on en trouve quelques traces dans les auteurs, c'est d'une manière toute fortuite qu'elles ont été signalées : aucune description pathologique ou anatomique n'avait été donnée de cette affection avant nous.

2° On trouve quelquefois dans cet organe des tumeurs creuses qui ont quelques analogies avec les kystes, mais qu'il ne faut pas confondre avec eux : ce sont des pseudo–kystes ou des polypes utéro-folliculaires.

3° Les kystes de l'utérus peuvent être muqueux ou séreux ; les premiers se développent dans les follicules muqueux de l'organe, les seconds dans son tissu cellulaire.

4° Les *kystes muqueux*, qui ont leur point de départ dans les follicules de ce nom, sont comme ceux-ci intra ou extra–utérins, sous-muqueux ou interstitiels. Les anatomistes modernes, et surtout les anatomistes classiques, ont commis une faute grave en négligeant l'étude approfondie de ces organes sécréteurs. Jusqu'à ce jour ces kystes n'ont été trouvés que sur ou dans le col.

5° Le liquide qu'ils renferment a les mêmes propriétés physiques, chimiques et microscopiques que le mucus utérin et même que le mucus nasal, à l'exception toutefois des lamelles épidermiques.

6° La marche chronique de cette maladie, le peu de surface qu'elle occupe, le peu de sensibilité des parties au sein desquelles elle se développe et le peu d'importance de ces parties dans le système général de la vie de relation et de nutrition, font que son début échappe constamment à la malade et au praticien.

7° Ces tumeurs sont en général souples, molles dans toutes leurs parties, mais jusqu'à ce jour n'ont jamais été trouvées fluctuantes, à proprement parler ; elles peuvent offrir la consistance et l'élasticité d'un corps fibreux. — L'absence de la fluctuation et quelquefois la consistance considérable de ces tumeurs sont les deux principales causes des erreurs de diagnostic qui ont été commises à leur égard.

8° Les troubles fonctionnels locaux et généraux qu'elles déterminent leur sont communs avec beaucoup d'affections graves de l'utérus. Leurs véritables caractères diagnostiques se tirent des signes sensibles.

9° Jusqu'à la publication de ce travail, ces poches muqueuses avaient été confondues sur le vivant avec un engorgement de l'utérus, une métrorrhagie essentielle, une ulcération du col, un polype, un corps fibreux ou des tumeurs fongueuses de la matrice.

10° Il faut dans certains cas aller à la recherche de ces kystes jusque dans la cavité utérine, où ils peuvent être attaqués avec succès.

11° L'utérus peut être le siége des *kystes séreux* plus ou moins nombreux et volumineux qui se développent sous le péritoine, sous la membrane cellulo-fibreuse qui enveloppe l'organe, ou bien dans l'épaisseur de ses parois entre les couches musculaires qui les composent.

12° Les parois de ces kystes sont plus ou moins épaisses et formées de deux, trois ou quatre enveloppes, suivant leur siége. Le liquide qu'ils renferment est aqueux, et offre tous les caractères physiques, chimiques et microscopiques de la sérosité.

13° Les accidents qu'ils déterminent sont beaucoup moins graves que ceux produits par les kystes muqueux : ils peuvent simuler des kystes, des ovaires, des trompes, des ligaments larges, une antéversion, une rétroversion, une rétro- ou antéro-flexion, un corps fibreux, une tumeur encéphaloïde de l'utérus, un abcès froid, etc.

14° Les kystes séreux extra-utérins, placés entre la vessie et l'utérus ou entre cet organe et le rectum, peuvent être attaqués avec succès par le cul-de-sac du vagin. Il est probable qu'on obtiendrait le même avantage en ouvrant les kystes interstitiels par la cavité utérine.

Kystes des parois du vagin. — 15° Deux ordres de *kystes muqueux folliculaires*, dont jusqu'à ce moment aucune description anatomo-pathologique et dogmatique n'avait été donnée, peuvent se développer dans l'épaisseur des parois du vagin, les uns superficiels, les autres profonds : ils correspondent à des follicules de deux ordres bien distincts.

16° Les changements physiologiques et les lésions que déterminent sur les organes génitaux la grossesse et la parturition paraissent être leur cause la plus active, puisque sur treize malades douze au moins avaient vu leur maladie se développer pendant la gestation ou après l'accouchement.

17° Si les kystes folliculaires superficiels sont faciles à reconnaître, il n'en est pas toujours de même des kystes folliculaires profonds, qui, malgré leurs caractères propres, peuvent être pris pour un kyste venant des parties environnantes, un abcès froid, une cystocèle vaginale, une rectocèle (1), une hernie vaginale, un polype, une tumeur fongueuse, le col de l'utérus oblitéré et dilaté par le mucus utérin, etc.

(1) Tout récemment, nous avons vu cette erreur commise chez une malade qui portait deux kystes folliculaires profonds : l'inférieur, qui était situé dans l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin, à un pouce et demi de l'ouverture vulvaire, fut pris pour un rectocèle. Chez une autre malade, j'ai vu l'un de nos chirurgiens les plus distingués des hôpitaux prendre un de ces kystes placés dans le cul-de-sac droit du vagin pour une antérocèle vaginale.

13° Dans les opérations que nécessitera la cure de ces kystes, on se dispensera, autant que possible, d'enlever le fond du kyste. L'enlèvement de cette partie est non-seulement inutile, mais il peut encore être suivi de divers accidents.

14. *Mécanisme de la guérison de l'hydrocèle après la ponction et l'injection. Mode de développement de l'hydrocèle cloisonnée ou celluleuse.*

(*Bulletins de la Société de chirurgie.*)

15. *Description de la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis.*

(*Bulletins de la Société de chirurgie.*)

16. *Précipitation de la matrice.*

(*Bulletins de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.*)

J'ai démontré par de nombreux faits cliniques que rien n'était plus rare qu'une précipitation ou chute complète de la matrice hors des organes sexuels ; l'affection que l'on a désignée sous ce nom consiste presque constamment, au moins vingt-neuf fois sur trente, dans un allongement hypertrophique de l'organe avec renversement des parois du vagin. Il suit de ce fait anatomo-pathologique que toutes les méthodes thérapeutiques qui ont été employées jusqu'à ce jour ont dû échouer et ont en effet échoué. Une seule méthode est rationnellement applicable, c'est l'amputation du col ; méthode qui est pratiquée dans ce cas avec d'autant moins de dangers qu'on opère à ciel ouvert et que les vaisseaux divisés peuvent être liés au fur et à mesure. Vingt fois déjà nous avons pratiqué cette opération avec succès (voyez notre grand mémoire *Sur les allongements hypertrophiques du col*).

17. *Flexions de l'utérus.*

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Considérées au point de vue étiologique, les anté- et latéro-flexions sont incurables, à moins de les attaquer par les pessaires intra-utérins, qui ne réussissent que très-rarement et produisent souvent des accidents formidables. La rétroflexion seule, qui au reste produit les troubles et les accidents symptomatiques les plus sérieux, peut être traitée et souvent guérie par la voie vaginale et rectale, principalement par cette

dernière, comme nous l'avons établi par de nombreux faits. Nous avons aussi démontré que ces affections peuvent être congénitales, et qu'elles peuvent se développer immédiatement après la naissance : l'état normal de l'utérus à cette époque explique parfaitement ce fait.

18. *Dissertation sur les engorgements de l'utérus.*

(Bulletin de l'Académie de médecine, 1849.)

Dans ce travail je pense avoir démontré, contrairement à l'opinion de M. Velpeau, non-seulement que cette affection existe, mais encore qu'elle a des caractères anatomo-pathologiques et microscopiques propres, et présente plusieurs variétés bien distinctes, savoir : les engorgements idiopathiques qui sont souvent la suite d'une inflammation chronique ; ceux qui accompagnent un état fongueux, variqueux ou œdémateux du col, et enfin les engorgements diathésiques *dartreux*, *syphilitiques*, *diphthéritiques*, qui nécessitent autant de traitements différents.

19. *Mémoire sur le catarrhe utérin.*

(Gazette des hôpitaux, 1846.)

Dans ce mémoire j'ai démontré : 1° que cette affection est uniquement produite par le col de l'utérus, et non par le corps de cet organe ; que le véritable siége anatomique est dans les follicules muqueux, et non dans la membrane muqueuse de l'organe ; 2° que les liquides que produisent les cavités du col et du corps sont tout à fait différents ; 3° que quand tous les moyens médicaux et hygiéniques ont été inutilement employés, il ne reste plus pour guérir cette affection que la destruction des follicules par l'incision et la cautérisation.

20. *Dissertation sur le décollement de la membrane hymen dans les rapports sexuels.*

(Gazette des hôpitaux.)

La connaissance de cette altération de l'hymen, qui n'avait pas encore fixé l'attention des praticiens, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au décollement de la grande circonférence de l'iris, est féconde en applications pratiques et médico-légales.

21. *Dissertation sur les plaies par armes à feu et par armes blanches.*

(Lue à l'Académie impériale de médecine dans les séances des 12, 21 et 26 septembre 1848.)

Le simple énoncé des conclusions qui terminent ce travail suffira pour donner une idée de son importance et des faits nouveaux qu'il renferme.

Conclusions. — *Les plaies par armes blanches*, et surtout celles produites par des coups de baïonnette, sont rarement accompagnées d'accidents graves : la forme de ce dernier instrument et son mode d'action expliquent parfaitement cette innocuité relative. Sur cinquante-deux cas, un seul a été suivi de mort, encore la plaie avait-elle été produite dans une condition exceptionnelle.

Plaies par armes à feu. — 1° La connaissance des effets physiques qui se passent entre un projectile lancé par l'explosion de la poudre à canon et les corps contre lesquels il frappe, éclaire le mécanisme, le diagnostic, les complications et même le traitement des plaies par armes à feu, et jette un grand jour sur la partie médico-légale de ces lésions.

2° L'action réciproque des balles sur les corps inertes et de ceux-ci sur les balles est absolument la même que celle de ces projectiles sur les diverses parties de l'économie animale. Les déformations qu'éprouvent les balles, les altérations qu'elles produisent sur des pierres, des lames, des conduits métalliques, des planches, des arbres, des branches, sont absolument semblables à celles qu'elles éprouvent et produisent sur les os et certains tendons; sur les substances végétales pulpeuses, les effets sont les mêmes que sur les organes parenchymateux des animaux.

3° Les balles éprouvent une augmentation de calorique qui facilite leur déformation et leur morcellement; il est bien peu de balles qui traversent l'économie (à moins qu'elles ne rencontrent que des parties molles) sans être plus ou moins déformées.

4° On ne peut rien statuer de fixe sur l'étendue, la forme, la régularité des plaies d'entrée et de sortie, qui, comme nous l'avons démontré, varient à l'infini, suivant une foule de conditions qui jusqu'à ce jour n'avaient pas été suffisamment étudiées, malgré leur importance diagnostique, thérapeutique et médico-légale.

5° L'ecchymose et la gangrène peuvent manquer; elles peuvent même être plus prononcées à l'ouverture de sortie qu'à celle d'entrée.

6° Le meilleur caractère différentiel entre les plaies d'entrée et de sortie, c'est que la première est généralement avec perte de substance et un peu enfoncée; la seconde

avec lambeaux et saillie au dehors de tissus entraînés par la balle, tels que peau, tendons, aponévrose, graisse, etc.

7° S'il y a perte de substance aux deux ouvertures, ce qui est au reste fort rare (à moins que le coup n'ait été tiré de très-près, ou la partie traversée appuyée), il n'y a que l'examen des vêtements qui puisse éclairer d'une manière précise le diagnostic; celui-là ne trompe jamais.

8° Le trajet d'une balle, à moins qu'elle n'ait traversé un seul tissu souple, doux, homogène, comme le tissu adipeux, est loin d'être un cône canaliculé ou irrégulier, ayant sa base à la plaie de sortie: c'est une sorte de cavité anfractueuse, irrégulière; il y a ordinairement une cavité vers chaque extrémité du trajet, le tissu cellulaire sous-cutané ayant été détruit, déchiré autour de chaque plaie d'entrée et de sortie.

9° Une balle peut se déformer, s'aplatir sur un os, sans y produire de lésion apparente.

10° La plaie d'un os par l'enfoncement d'une balle dans son épaisseur est tout de suite compliquée du décollement du périoste et de la membrane médullaire dans une plus ou moins grande étendue, de la nécrose de la portion d'os correspondante à ce décollement, d'esquilles, de la présence de la balle, de portions de balle et de fêlures.

11° Les os du crâne peuvent être sur le même sujet, et par suite de l'action d'un seul coup de feu, le siége de deux espèces de fractures, par contre-coup.

12° Les fractures directes par armes à feu, qui ne sont pas produites par la pression latérale de la balle, sont toujours accompagnées de la nécrose de l'extrémité des fragments, même dans les points où ceux-ci n'ont pas été touchés par la balle.

13° Le morcellement des balles contre certaines portions du squelette ne peut plus aujourd'hui faire l'objet d'un doute. Très-souvent, de simples lamelles sont détachées de ces projectiles, et deviennent plus tard des causes d'abcès.

14° Pour qu'une artère soit coupée par une balle, en général, il faut qu'elle soit superficielle, qu'elle repose sur un plan solide, ou qu'elle soit fixée solidement aux parties voisines, et que la balle la saisisse par son axe, autrement elle n'est que momentanément déviée, ou plus ou moins contuse; quelquefois ses parois sont sphacélées seulement; c'est ce qui explique comment la mort subite par hémorrhagie artérielle, dans les plaies d'armes à feu causées par une balle, est relativement rare.

15° Les nerfs résistent encore mieux à l'action des balles que les artères.

16° Les corps étrangers, d'après les faits qui nous sont propres, compliqueraient les plaies par armes à feu une fois sur quatre.

17° Les plaies pénétrantes du bassin sont moins graves que celles de la cavité abdominale, de la poitrine et du crâne.

18° Les plaies de la face, de l'avant-bras, avec ou sans fracture, de la jambe avec fracture du péroné seul, de la main et du pied, guérissent, en général, sans compromettre la vie et sans nécessiter de résection ou d'amputation.

19° Toutes les plaies simples par armes à feu guérissent à l'aide de pansements simples ordinaires, pourvu qu'on ait soin de maintenir dans de justes limites l'inflammation traumatique qui les accompagne habituellement.

20° Les irrigations employées dans ce but ne conviennent que pour les plaies qui siégent sur des parties peu volumineuses, tendineuses, aponévrotiques et éloignées du tronc.

21° Pas de sangsues, pas de saignées, à moins d'inflammation franchement phlegmoneuse, érysipélateuse, ou de complications viscérales.

22° Le débridement, comme moyen préventif général, doit être rejeté.

23° Les injections légèrement stimulantes et détersives sont souvent de la plus grande utilité.

24° Dans les plaies des artères par armes à feu, c'est généralement à la méthode d'Anel qu'il faut avoir recours, que l'hémorrhagie soit primitive ou consécutive.

25° Les corps étrangers, sauf quelques exceptions très-rares, dans lesquelles leur extraction peut être plus nuisible que leur présence, doivent être extraits le plus promptement possible lorsqu'on a reconnu leur existence, leur siége et l'obstacle qui s'oppose à leur sortie spontanée.

26° La même conduite doit être tenue à l'égard des esquilles; il n'y a que celles de la première et de la seconde variété qui doivent être ménagées et replacées, c'est-à-dire celles qui adhèrent encore largement aux os ou au périoste : encore plus tard sera-t-on souvent forcé de les extraire, parce qu'elles se nécroseront ou blesseront les chairs par leur mauvaise direction. Étant fréquemment entraînées par la balle, c'est principalement par l'ouverture de sortie qu'on doit chercher à en faire l'extraction.

27° Les résections primitives doivent être généralement rejetées.

28° La plupart des fractures de la cuisse nécessitent l'amputation primitive ou consécutive ; on ne guérit guère sans cette opération que les sujets jeunes, bien constitués, chez lesquels la fracture occupe le tiers inférieur de l'os sans esquilles nombreuses, sans délabrement des chairs, ni communication avec l'articulation du genou : la guérison exige des soins pendant sept ou huit mois, un an, et quelquefois plus, et l'on n'obtient souvent au bout de ce temps qu'un membre difforme et atrophié.

29° Après les fractures du fémur, celles du tibia nécessitent le plus fréquemment

l'amputation, principalement lorsqu'elles sont à la partie moyenne, et sont compliquées de la fracture du péroné.

30° Les plaies pénétrantes de l'articulation scapulo-humérale, avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la cavité articulaire, sans autre complication, ne nécessitent pas rigoureusement la désarticulation : il en est de même de celles qui pénètrent dans l'articulation du genou sans être accompagnées de grands dégâts vers les extrémités osseuses.

Lorsqu'une balle, tirée à courte distance (15 à 20 pas), frappe perpendiculairement la région temporale de la tête immédiatement au-dessus de la racine longitudinale de l'apophyse zygomatique, en rencontrant le rocher elle fait éclater le crâne, jaillir le cerveau en toutes directions et tous les os de la tête sont littéralement fracturés, même le maxillaire inférieur au col du condyle ; on comprend cependant qu'il puisse y avoir pour lui une exception. Ce fait que j'ai produit à volonté, a été reproduit depuis dans des expériences faites par M. Deguy fils (séance de la Société de chirurgie, 24 octobre 1848, où les pièces anatomiques ont été présentées).

Le travail dont on vient de lire les conclusions n'a été écrit qu'après le relevé d'un grand nombre de faits et des expériences très-variées et multipliées sur l'action des balles tant sur les cadavres que sur les divers corps de la nature.

22. *Remarques sur les causes de la surdité dans la fièvre typhoïde.*

Dans ma thèse pour le doctorat, en 1834, j'ai prouvé que dans les fièvres putrides typhoïdes, l'oreille moyenne est souvent le siége d'une inflammation et d'un épanchement mucoso-purulent ; en sorte que la surdité que l'on observe dans ces fièvres doit être plutôt rattachée à cette maladie de l'oreille qu'à l'état du cerveau. Ce fait a été confirmé depuis par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de l'oreille, et il a été mis hors de doute dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à l'Académie en 1853.

23. *Luxation du cuboïde.*

Le premier j'ai observé et décrit, en 1837, une luxation du cuboïde en haut, sur une malade de l'hôpital Saint-Antoine qui s'était précipitée par une fenêtre ; la réduction fut facile en pressant sur le cuboïde de haut en bas pendant qu'un aide faisait une forte extension sur la partie antérieure du pied en même temps qu'il le portait dans l'adduction.

24. *Mémoire sur les luxations du pied considérées en général, et sur une nouvelle luxation externe par rotation du pied en dehors.*

Dans ce travail, après avoir démontré les vices de la nomenclature et de la classification des luxations du pied, nous avons rempli les lacunes qui existaient dans cette partie de la science; nous avons fait connaître une nouvelle espèce de luxation externe par rotation du pied en dehors. M. le professeur Nélaton a depuis observé un fait qui vient confirmer l'existence de cette espèce de déplacement.

25. *Recueil d'observations sur les maladies des os.* (Paris, 1839.)

J'ai rapporté l'observation d'un cas de coxalgie dans lequel tout le fond de la cavité cotyloïde a été détruit par la carie; la tête du fémur faisait saillie dans l'excavation pelvienne. Par suite de la destruction de cette partie de l'os iliaque, les symptômes qui caractérisent la coxarthrocace ont éprouvé des modifications importantes: dans la première période, il y a eu allongement du membre; dans la seconde, il n'y a eu qu'un léger raccourcissement, sans rotation du membre soit en dedans, soit en dehors; tout le membre avait conservé sa direction naturelle.

Le premier, j'ai démontré que la carie et la nécrose des phalanges sont souvent prises, surtout chez les enfants, pour un spina ventosa, ce qui tient au gonflement très-rénitent qui accompagne ces affections, gonflement déterminé par l'induration et l'hypertrophie des tissus cellulaire et fibreux des doigts, ainsi que par l'infiltration dans ces tissus d'une matière blanchâtre et comme gélatineuse. Une autre cause d'erreur réside dans la situation des phalanges et dans leur conformation. En effet, ces os sont placés beaucoup plus près de la face dorsale des doigts que de la face palmaire de ces organes; de plus, ils sont concaves sur leur face antérieure, ce qui les éloigne encore de la peau en avant. Il résulte de ces deux dispositions qu'un stylet introduit par les ouvertures fistuleuses qui accompagnent le plus souvent ces affections, en passant par le milieu de la tumeur, semble passer au travers de la phalange qui paraît dilatée, bien qu'il ait glissé au devant d'elle. L'erreur est rendue plus complète par les parties dures, résistantes et inégales que le stylet rencontre en tous sens, en arrière contre la face antérieure de l'os, en avant contre la gaîne et les tendons du doigt.

Parmi un grand nombre de fractures, toutes plus ou moins intéressantes, que j'ai observées, j'ai rapporté : 1° un cas de fracture intra-capsulaire du col du fémur,

guérie sans raccourcissement et sans difformité; 2° une fracture du fémur immédiatement au-dessous des deux trochanters, prise par Lallement, de la Salpêtrière, pour une fracture du col du fémur; il y avait rotation du membre en dedans. Je me demande si les prétendues fractures du col du fémur avec rotation en dedans, ne seraient pas des fractures semblables à celles que je viens de mentionner, c'est ce que tendent à prouver les faits ultérieurement rapportés par MM. Brun, Mercier et Hellion ; 3° trois cas de fractures du tibia qui, au lieu d'être dirigées *de haut en bas*, *de dehors en dedans* et *d'arrière en avant*, comme l'indiquent tous les auteurs, avaient eu lieu de haut en bas, de dehors en dedans et *d'avant en arrière;* de telle sorte que le fragment supérieur, au lieu de faire saillie en dedans et en avant, faisait saillie en dedans et en arrière, et le fragment inférieur en avant et en dehors ; 4° une fracture tout à fait oblique de l'extrémité supérieure du tibia ; 5° une fracture incomplète du scapulum ; la fracture est longitudinale ; 6° j'ai démontré que les os longs peuvent être le siége de fractures par enfoncement, comparables à celles qu'on observe sur les os du crâne.

26. *Tumeurs fibreuses, péripelviennes chez la femme*

Le premier, j'ai donné à la Société de chirurgie (séance du 22 août 1860), une description dogmatique des tumeurs fibreuses qui, chez la femme, se développent autour des os du bassin et qui sont tout à fait indépendantes du système utéro-ovarique. C'est à cause de leur voisinage du bassin que je les ai désignées sous le nom de tumeurs fibreuses *péripelviennes;* elles se divisent en deux classes, les intra et les extra-pelviennes, qui ont une marche et des symptômes différents. J'en ai alors rapporté quatre exemples observés dans mon service.

Le traitement médical est inutile, il en est de même des sétons-fils et de la section sous-cutanée de leur pédicule ; le seul moyen efficace, c'est l'extirpation lorsqu'elle peut être employée sans trop de dangers. J'y ai eu recours trois fois avec succès. M. Nélaton en avait déjà pratiqué une en présence de Michon. (*Gazette des hôpitaux*, 1er septembre 1860.)

27. *Dissertation sur le traitement des kystes de l'ovaire.*

(***Bulletin de l'Académie de médecine,*** **1856.**)

A cette époque encore la plupart des chirurgiens français et des membres de l'Académie, se basant sur ce que beaucoup de femmes atteintes de kystes de l'ovaire

souffrent peu ou pas du tout, que, de plus, elles peuvent vivre très-longtemps avec cette affection, se demandaient si, *dans le traitement des kystes ovaires la chirurgie devait s'abstenir ou intervenir.*

Dans cette discussion nous avons cherché à démontrer par des faits qui nous sont propres, que c'est une grave erreur de penser que, en général, les femmes atteintes de kystes ovariques poussent leur existence jusqu'à un âge avancé, et que leur santé et leur vie ne sont que peu ou pas compromises. Les malades doivent, sous ce rapport, être divisées en deux classes :

Dans la *première classe* il faut placer les femmes qui sont frappées par la maladie vers la fin de la menstruation ou après la cessation de cette fonction. Chez elle l'affection marche d'ordinaire très-lentement, et ne cause que de faibles incommodités ou accidents. C'est chez ces malades que le chirurgien doit, le plus souvent, s'abstenir.

Dans la *deuxième classe* se trouvent toutes celles qui sont prises par la maladie de seize à quarante-cinq ans : celles-là, en général, ne vivent pas longtemps, et plus la maladie les a frappées jeunes, moins elles ont de chances en leur faveur ; elles sont exposées, avant de succomber, à mille incommodités, malaises et accidents ; c'est chez ces malades que la chirurgie doit intervenir, sauf exception.

L'inefficacité de la thérapeutique médicale, la longue durée de cette affection, la gravité de ses complications et de ses divers modes de terminaison spontanée, justifient l'action chirurgicale.

Si l'on examine ce sujet au point de vue clinique et anatomo-pathologique, on reste encore plus convaincu que l'art doit intervenir activement, parce que tant que la science du diagnostic ne sera pas plus avancée, on confondra sur le vivant, c'est-à-dire cliniquement, une foule de collections kystiques qui se forment autour de l'ovaire avec celles de cet organe.

De nombreuses recherches anatomiques sur ce sujet m'autorisent à admettre les variétés suivantes :

1° Les *kystes séreux* des ligaments larges ;

2° Les *kystes embryonnaires* de ces ligaments qui ont pour point de départ une grossesse extra-utérine, arrêtée dès le principe de son évolution, et dans lesquels on reconnaît les éléments du placenta et de l'embryon ;

3° Les *kystes hydatiques de ces mêmes parties ;*

4° Les *kystes péri-utérins*, développés sous la membrane cellulo-fibreuse qui entoure l'utérus ;

5° Les *kystes interstitiels* de la matrice lorsqu'ils ont acquis un grand volume (comme celui que j'ai montré à l'Académie, dans cette même séance);

6° Les *kystes du corps de Wolff* ou de l'organe de Rosenmüller, dont j'ai donné une description et plusieurs figures dans mon mémoire sur les kystes du vagin et de l'utérus (1847), et qui ont été depuis décrits par MM. Follin et Verneuil;

7° *Certaines hydropisies circonscrites et kystiques du péritoine pelvien* qui, dans quelques cas, présentent les plus grandes analogies avec certains kystes de l'ovaire : toutes ces poches, qui se rapprochent par leur organisation des membranes séreuses et cellulo-vasculaires, sont susceptibles d'être facilement oblitérées par l'action chirurgicale;

8° Enfin les *kystes ovariques* proprement dits, dont il faut distinguer cinq espèces :

A. *Ceux des vésicules de Graaf.* — Malheureusement les plus fréquents, qui par leurs organisations se rapprochent le plus des membranes muqueuses, sont les plus difficiles à guérir (parce qu'il faut en détruire les couches internes). Ce sont eux qui se présentent le plus souvent sous la forme multiloculaire, qui est encore un puissant obstacle à la guérison.

B. *Ceux de la gangue ou de la trame celluleuse*, qui unit entre elles les vésicules de Graaf. Ces kystes, bien que siégeant dans l'ovaire, sont de véritables *kystes séreux ou séro-sanguins.*

C. *Kystes hydatiques.*

D. Les *kystes purulents* à marche tout à fait chronique, qui semblent avoir été tels dès leur origine.

E. Les *kystes embryonnaires*, dont les parois sont cellulo-vasculaires.

Toutes ces nombreuses variétés de kystes (12) sont susceptibles, à l'exception de celle développée dans les vésicules de Graaf, de guérir assez facilement par la ponction et les injections iodées, unies dans quelques cas à un léger débridement, dans le cas de kyste embryonnaire, par exemple. Or, comme au point de vue clinique il est souvent impossible de reconnaître à quelle espèce on a affaire, si l'on enveloppait dans une même proscription chirurgicale toutes les collections désignées chez la femme vivante sous le nom de kystes de l'ovaire, on priverait un grand nombre de malades du secours de l'art, et on les vouerait à une mort certaine. Page 2 et suiv., nous examinons quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés à moins d'urgence. Puis nous passons en revue ceux qui doivent être soumis à une action chirurgicale.

Dans l'examen des méthodes et des procédés opératoires, nous montrons que la ponction et l'incision pour les kystes embryonnaires doivent être conservées, et qu'on doit autant que possible les pratiquer par le vagin. Nous possédons quatre cas de succès par cette méthode.

Dans les autres kystes, la *ponction simple* doit préalablement à toute autre méthode

être employée, puisque elle a réussi entre les mains de MM. Jobert, Velpeau, Trousseau, Nélaton et entre les nôtres. Sur une malade dont nous rapportons l'observation, elle fut pratiquée par le vagin. La malade vit encore, elle est maintenant atteinte de tumeurs fibreuses.

Ponction et canule à demeure. Elles ne doivent pas être primitivement employées, à moins de tomber d'emblée sur un kyste purulent. L'extrémité de la canule doit être arrondie, garnie de plusieurs trous, ou mieux dépassée par l'extrémité d'une sonde élastique introduite dans la canule même.

Ponctions et injections iodées. Nous avons signalé les faits qui nous étaient propres et qui, avec ceux cités par nos collègues, devaient faire adopter cette méthode comme moyen général.

Nous nous sommes attaché, dans cette discussion, à démontrer qu'il fallait autant que possible attaquer les kystes par le vagin (p. 21-22-23). Nous avons indiqué les avantages de ce procédé.

Depuis cette époque, le traitement des kystes de l'ovaire s'est enrichi de l'ovariotomie, que M. Nélaton a réhabilitée en France, son berceau primitif.

28. *Des luxations spontanées et à répétition de la rotule*, dans les mouvements de flexion de la jambe, par suite de la malformation du condyle externe du fémur. (Société de chirurgie, séance du 4 mars 1846.)

29. *Luxation spontanée de la cuisse en haut et en dehors à la suite de coxalgie.* Une des causes qui s'opposent à la réduction de cette luxation et rendent inutiles tous les moyens tentés à cet égard, c'est le passage et l'adhérence solide des restes de l'ancienne capsule fibreuse sur tout le pourtour de la cavité cotyloïde, de façon à obturer cette cavité et à s'opposer à la rentrée de la tête du fémur.

J'ai présenté à la Société de chirurgie (séance du 6 décembre 1843) une pièce qui démontre ce fait de la manière la plus évidente.

30. *Emphysème considérable* de la moitié supérieure du corps, survenu subitement dans de violents efforts de vomissements causés par le choléra en 1832. En quelques instants, l'air s'infiltra jusqu'au cuir chevelu du sinciput et tuméfia les paupières au point de rendre le malade momentanément aveugle (Société de chirurgie, séance du 11 octobre 1848). M. Nélaton a cité un cas semblable d'emphysème causé par des vomissements.

31. *Traité de l'hystérométrie et du cathétérisme utérin appliqués au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes* (avec 4 planches et 52 figures). Paris,1865.

Nous avons divisé cet ouvrage en quatre parties :

La *première* comprend l'histoire de ce sujet depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la description de l'appareil instrumental et du manuel opératoire en général.

La *deuxième*, les applications de cette méthode au diagnostic des maladies de l'appareil utéro-ovarique. Nous étudions successivement les lésions de l'inervation, les troubles de la menstruation, celles de la circulation et de la nutrition, les lésions physiques ou mécaniques, les tumeurs et les altérations organiques.

La *troisième* renferme l'examen des inconvénients et des accidens du cathétérisme utérin, et indique les précautions à prendre pour les éviter.

Enfin, dans la *quatrième partie*, nous envisageons cette méthode au point de vue du traitement.

Nous nous dispenserons d'indiquer tout ce que renferme de nouveau cet ouvrage qui est maintenant soumis au jugement de l'Académie.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE TUBE DIGESTIF ET LES PARTIES ENVIRONNANTES

1. *Bec de lièvre.*— Méthode à lambeaux conservés et renversés pour éviter l'encoche de la lèvre, dite méthode de Malgaigne. Au lieu de tailler les lambeaux de haut en bas, comme le faisait ce chirurgien, j'ai montré qu'il était plus avantageux et plus facile de les tailler de bas en haut, en traversant de suite avec un bistouri droit toute l'épaisseur de la lèvre à l'union de la muqueuse avec la peau ; on a de plus l'avantage de ne pas être gêné par l'écoulement du sang, et on est certain que les deux lambeaux se correspondront plus exactement par leur base, qui partira d'une distance égale du bord libre de la lèvre. (Société de chirurgie, séance du 4 janvier 1844.)

2. *Cancer du plancher de la bouche et de la base de la langue.* — Pour enlever avec certitude toutes les parties malades et se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, ce qu'aucune des méthodes employées avant nous ne permettait de faire, nous avons, en 1850, inventé et pratiqué un nouveau procédé qui consiste à fendre la lèvre inférieure à l'aide d'une incision qui s'étend du menton jusqu'à l'os hyoïde et à scier le maxillaire inférieur sur la ligne médiane ; on écarte ensuite les deux moitiés et on opère à ciel ouvert. Nous avons ainsi opéré avec succès, à l'hôpital Beaujon, un malade que Robert avait

cru être au-dessous des ressources de l'art; il fut présenté à l'Académie de médecine. (*Bull. de l'Acad.*, 1850.) Nous avons, depuis, pratiqué cette opération cinq fois; un seul malade mourut d'infection purulente.

3. *Procédé pour l'ablation du maxillaire supérieur.* — En 1842, lorsque je remplaçais M. le professeur Cloquet à l'hôpital des Cliniques, j'enlevai la totalité du maxillaire supérieur, en pratiquant à la joue une simple incision se portant de la partie supérieure de la commissure labiale au bord inférieur de la pommette. Par ce procédé, la face n'est pas mutilée comme par ceux de Mott, Gensoul, Dupuytren, etc., et il a sur celui inventé par Velpeau, en 1829, l'avantage de ne pas paralyser le côté correspondant du nez, les paupières pas plus que les muscles zygomatiques. On conserve donc l'expression de la face, et le malade n'a ni ophthalmie ni épiphora consécutifs, accidents inhérents au procédé de M. Velpeau, puisque le premier temps de son opération consiste en « une incision commencée à la commissure des lèvres et conduite obliquement en haut, en dehors et en arrière, jusqu'à la fosse temporale, entre l'angle orbitaire externe et le pavillon de l'oreille. » Ce procédé a, de plus, le grave inconvénient d'exposer à la lésion de l'artère temporale qui, comme on le sait, est plus ou moins flexueuse et portée en avant; si, par notre procédé, il arrivait qu'en raison du volume considérable de la tumeur, on fût un peu gêné par le peu d'étendue de l'incision, on détacherait les parties molles de la pommette en rasant la face externe de cet os; on éviterait ainsi, tout en donnant du jeu ou de l'espace aux instruments qui doivent diviser les attaches du maxillaire, de couper les filets nerveux qui se rendent aux paupières. La malade a été présentée à l'Académie et n'offrait, comme on a pu s'en assurer, aucune paralysie de la face. (*Bull. de l'Acad.*, 1842, t. VIII, p. 571.)

4. *Procédé pour la désarticulation de la mâchoire inférieure.* (*Gaz. des hôp.*, 1851.) — Il consiste à faire une simple incision transversale, étendue de la commissure de la bouche vers le bord postérieur de la branche de la mâchoire, au-dessous du conduit de Stenon; on l'arrête à un centimètre environ de ce bord; on dissèque les chairs de bas en haut, en rasant l'os. Par ce procédé, on ne cause presque aucune difformité, on évite la lésion des nerfs, des artères, des veines principales et des vaisseaux lymphatiques de la face, celle du conduit de Stenon, de ses branches, de la parotide, pas d'hémorrhagie, pas de fistules salivaires, pas de paralysie ni d'ophthalmie consécutives, pas plus que de larmoiement qui, souvent, est incurable. On évite également la fistule salivaire sus-hyoïdienne, par suite du défaut de cicatrisation de l'extrémité sousmentale de la plaie, comme Graefe et M. Velpeau en ont observé chacun un exemple. La prononciation reste libre.

5. *Rapport et considérations sur la désarticulation ou l'ablation complète du maxillaire inférieur.*

Dans ce travail, nous avons montré que le mérite de l'invention de cette opération ne revient pas à M. Heyfelder, mais bien à Walther, à Graefe, mais surtout à Signoroni, qui, le 27 septembre 1842, enleva la totalité de la mâchoire inférieure atteinte d'ostéosarcome, sur un nommé Guglielmini, qu'il a présenté au Congrès de Padoue.

Nous nous sommes efforcé à prouver : 1° que cette opération doit être, autant que possible, pratiquée en deux séances séparées et éloignées;

2° Que les procédés de Mott, de Cussack, de Velpeau, Lisfranc, etc., mutilent horriblement la face, déterminent une paralysie consécutive de cette partie, souvent une fistule salivaire, etc., exposent à une hémorrhagie primitive ou consécutive, à ce point que Mott, Walter, Greff, Gensoul, Cussack, etc., crurent devoir faire la ligature de la carotide avant de pratiquer cette opération.

Par notre procédé, que nous venons d'indiquer plus haut, appliqué des deux côtés de la face et sans diviser la lèvre inférieure, on évite tous ces inconvénients et accidents. On évite également, pour le pansement, de pratiquer un grand nombre de points de suture. Heyfelder, sur un de ses malades, a été obligé d'en faire jusqu' dix-huit. Tous les malades qui ont été opérés par Cussack, Lisfranc, Heyfelder, etc., ont conservé de la difficulté dans la prononciation des mots dans la composition desquels entrent des lettres labiales. Il en a été de même de tous ceux qui ont été opérés par les procédés qui ont précédé le nôtre : en coupant les nerfs qui se rendent aux lèvres et à la commissure, on paralyse inévitablement ces parties. L'Académie a pu se convaincre que chez ces malades, que nous avons opérés et qui lui ont été présentés, la prononciation était parfaite.

3° Nous indiquons un nouveau procédé très-sûr et très-expéditif pour attirer et fixer le maxillaire en haut et en avant pendant sa section.

4° Nous discutons avec soin quelle est l'espèce de scie qui doit être généralement préférée pour opérer la section de l'os, et la manière d'opérer cette division, de façon à éviter la suffocation par le retrait de la langue.

5° Enfin, nous avons établi, dans ce rapport, ce fait très-curieux que la nécrose phosphorique des os maxillaires, et même celle du crâne, est beaucoup plus fréquente du côté gauche que du côté droit.

6° *Ankylose et immobilité du maxillaire inférieur par brides ou anciennes cicatrices.*

En présence de l'insuccès ordinaire des procédés d'Esmarch et de Rizzoli, section

simple ou résection pratiquées sur le corps de l'os pour remédier à ces terribles et rebelles affections, nous avons été conduit à chercher un autre procédé opératoire.

Il suffisait, pour réussir, de pratiquer la résection sur une partie du maxillaire où les deux portions séparées ne pussent se rapprocher, et ultérieurement se réunir. Or l'anatomie et la physiologie nous apprennent que ce point est l'angle de la mâchoire, centre de réunion des portions verticale et horizontale, qui, une fois séparées par une perte de substance, ne peuvent plus se rencontrer.

Une simple incision oblique de bas en haut et de dehors en dedans, commençant au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à 1 centimètre et demi de la portion la plus saillante de l'angle de la mâchoire, et se terminant à 2 centimètres environ en avant et au-dessus de la dernière molaire, met tout cet angle à découvert sans lésion d'aucun vaisseau ou nerf important. Un segment triangulaire, dont la pointe est dirigée en avant, est ensuite enlevé par deux traits de scie, l'un *vertical*, pratiqué derrière le sillon qui supporte l'artère faciale, l'autre *horizontal*, opéré sur l'extrémité inférieure de la branche.

Ce procédé convient non-seulement pour les cas d'immobilité par ankylose, mais encore par brides qui se portent du maxillaire supérieur à l'angle du maxillaire inférieur, c'est-à-dire dans la grande majorité des circonstances. Sur la jeune fille que j'ai ainsi opérée avec MM. Boinet et Verneuil, et chez laquelle la simple section du corps à l'os avait échoué, l'immobilité était causée tout à la fois par l'ankylose de l'articulation du côté droit et par des brides qui se portaient du maxillaire supérieur à l'angle de la mâchoire; tous ces obstacles à la mobilité furent détruits sans retour par cette même opération (*Bull. de la Soc. de chirur.*, 1861). Ce procédé a encore l'immense avantage de ménager la partie la plus importante de la mâchoire, et de ne nécessiter l'extraction d'aucune dent. S'il y avait ankylose des deux articulations, on le pratiquerait sur chaque angle, et tout le corps de l'os serait ménagé ainsi que les dents qu'il supporte; il cause aussi moins de difformité de la face.

7°. *Dans les kystes de la mâchoire inférieure*, il faut se garder d'amputer la portion de cet os qui est le siége de la maladie, comme on le pratique habituellement; une simple trépanation du bord inférieur du maxillaire pénétrant dans le kyste par sa partie la plus déclive peut en amener la guérison. J'en ai présenté un exemple à la Société de chirurgie sur une malade que j'ai opérée à l'hôpital Lourcine en 1846 (voy. *Bull. de la Soc. de chirur.*, juin, 1847).

8. *Procédés nouveaux pour les polypes nasaux et naso-pharyngiens.*

A. — Un des premiers, si ce n'est le premier, en 1837, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai

démontré et érigé en principe que, pour pratiquer l'extraction complète de certains polypes volumineux des fosses nasales, de l'arrière-gorge et de la base du crâne, il faut agrandir l'ouverture antérieure des fosses nasales aux dépens de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et même des parois du sinus maxillaire. Ce procédé a été depuis sanctionné par la thèse de M. Gosselin sur le traitement des polypes des fosses nasales et par les faits présentés à la Société de chirurgie.

B. *Ablation des polypes naso-pharyngiens par la méthode ostéoplastique.* — Lorsque l'agrandissement de l'ouverture antérieure des fosses nasales aux dépens du maxillaire ne suffit pas, et que l'on est obligé d'enlever la totalité de cet os pour se faire une voie suffisante à l'entière extraction du polype, on produit, en agissant ainsi, une mutilation considérable de la face, une large et irrémédiable communication entre la bouche et les fosses nasales. Pour éviter ce grave inconvénient, j'ai inventé et pratiqué avec succès, en 1860, la méthode ostéoplastique, qui consiste à luxer, à déplacer l'os maxillaire supérieur, et à le remettre à sa place après l'ablation du polype. Cette méthode peut être pratiquée par deux procédés différents (voy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860-1861). Le malade sur lequel j'ai pratiqué cette opération a été montré deux fois à l'Académie, en 1860, après sa sortie de l'hôpital, et en 1864, on a pu alors constater, non-seulement que le polype n'avait pas récidivé, mais encore qu'il n'existait ni paralysie du voile du palais, ni la moindre communication entre la bouche et les fosses nasales, le maxillaire s'était parfaitement réuni aux parties voisines.

9. *Imperforation du rectum et absence de son extrémité inférieure.* — L'anatomie pathologique et l'anatomie physiologique m'ayant démontré depuis longtemps que chez le fœtus, chez les enfants nouveau-nés et même chez ceux âgés de sept à huit mois, l'iliaque du côlon et l'extrémité supérieure du rectum se trouvent à droite, en dedans et au-dessous du cæcum, et non dans la fosse iliaque gauche, il faut, lorsque l'opération de Littre est nécessaire, la pratiquer à droite et non à gauche comme on l'a fait jusqu'à ce jour. Si l'on croit devoir chercher le cul-de-sac inférieur du rectum par le périnée, après avoir incisé celui-ci sur la ligne médiane, on dirigera ses recherches à droite et non à gauche (*Bulletins de la Société de chirurgie*, juin 1848, et l'*Académie de médecine*). C'est faute d'avoir suivi ces préceptes que Robert échoua sur un enfant que lui avait confié Legroux, médecin de l'hôpital Beaujon.

10. — Si le rectum s'ouvre dans le vagin au lieu de s'ouvrir au périnée, on devra suivre la conduite que j'ai suivie en 1846 à l'hôpital Lourcine : on introduira dans le rectum par l'ouverture vaginale une sonde fortement courbée, puis on dirigera l'ex-

trémité de celle-ci vers le périnée qui sera incisé sur elle; on aura de la sorte un guide certain qui empêchera de se fourvoyer dans les parties voisines. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 7 juin 1848.)

11. *Réduction de la chute très-étendue de l'extrémité inférieure du rectum, ou même de la totalité de cet organe.* — Comme il y a une véritable invagination de la portion de cet intestin placée au-dessus du sphincter interne dans celle qui répond à ce muscle et à l'ouverture anal, c'est une grande erreur de penser qu'on obtient la réduction de la portion prolapsée en cherchant à faire rentrer les premières les parties qui avoisinent le plus l'anus et en la remontant successivement au-dessus de cette ouverture. En 1830, lorsque j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, j'observai, sur un jeune homme fort bien constitué, une chute de la totalité du rectum, il pendait entre les deux fesses dans l'étendue de 28 centimètres. Richerand fit de vains efforts pour la réduire et abandonna le malade après avoir déterminé des écorchures nombreuses sur la membrane muqueuse avec ses ongles et causé un écoulement de sang considérable. Après avoir laissé reposer le malade et lavé l'intestin avec de l'eau émolliente tiède, je saisis avec mes doigts de la main gauche, réunis en cône et couverts d'un linge fin graissé, l'extrémité libre ou inférieure de la tumeur, je la repoussai de bas en haut dans la cavité du tube cylindrique qu'elle formait, et ma main franchit avec elle l'ouverture anale ainsi que l'extrémité inférieure du rectum; je la poussai ensuite doucement dans la direction de l'intestin jusqu'au détroit supérieur du bassin. Arrivé à cette hauteur, l'intestin, que je tenais très-mollement, m'échappa, et le reste de l'invagination se réduisit spontanément. Il va sans dire que si la chute est moins étendue, on n'a pas besoin de porter la main dans le rectum, les doigts portés dans l'intestin jusqu'à leur base suffisent. (*Société de chirurgie*, séance du 25 octobre 1845.)

12. *Opération de la hernie étranglée.*

A. *Procédés pour éviter la lésion de l'intestin.* — Tous les chirurgiens expérimentés savent que c'est en ouvrant le sac et en débridant la cause de l'étranglement, que l'intestin court le plus de chances d'être blessé. Que de fois cet organe a été ouvert en débridement sans que le chirurgien s'en soit aperçu et sans qu'il ait pu se rendre compte de cette lésion constatée à l'autopsie!

Pour l'éviter en ouvrant le sac, il faut :

1° Inciser cette poche là où l'on trouve de la transparence. On devra donc chercher celle-ci après que les premières enveloppes auront été incisées. La transparence trou-

vée, l'opération est très-simplifiée, promptement et sûrement achevée. La transparence peut même exister bien que la sérosité soit mêlée à du sang.

2° S'il n'y a pas de transparence et que le chirurgien soit embarrassé pour savoir si les tissus qu'il a sous les yeux appartiennent au sac ou à l'intestin, et ce cas n'est pas rare, quelles que soient son expérience et son instruction, il doit se garder, comme on le fait habituellement, de les saisir et de les soulever avec une pince (instrument aveugle), pour les diviser couche par couche, j'ai vu un chirurgien très-instruit arriver ainsi jusque dans la cavité intestinale, et j'avoue qu'en procédant de la sorte, cet accident eût pu m'arriver, tant il était impossible de distinguer à quels tissus on avait affaire. Pour éviter ce danger il faut, dans cette circonstance, prendre les diverses couches de tissus avec les extrémités du pouce et de l'indicateur de la main gauche qui ne peuvent saisir qu'à la fois les quatre couches des tuniques qui composent l'épaisseur de l'intestin, tandis que la pince peut les saisir et les soulever isolément pour les livrer successivement au tranchant du bistouri. Les doigts ont encore cet avantage qu'ils ne peuvent pincer la paroi intestinale qu'en lui faisant faire un pli et par conséquent en la doublant; l'opérateur reconnaît de suite cette épaisseur qui est plus considérable que celle du sac ou des lamelles cellulaires qui le recouvrent; de plus, les parois de l'intestin saisies entre les doigts glissent facilement l'une sur l'autre, il n'en est pas de même des autres parties. Enfin, en pesant sur les tissus et en rapprochant les doigts pour les pincer, on a souvent l'avantage de sentir au-dessous d'eux une petite saillie globuleuse, ferme, élastique, qui est l'intestin étranglé et distendu par des gaz ou des matières. Cette perception d'une saillie globuleuse indépendante des tissus saisis annonce que ceux-ci appartiennent au sac et peuvent être incisés sans aucune hésitation.

Pour *éviter la lésion de l'intestin en débridant*, ce que la sonde cannelée ordinaire, celle de J.-L. Petit, ou les doigts d'un aide ne sauraient empêcher, il faut se servir d'une sonde cannelée courbée, à cannelure très-profonde et très-large (11 à 12 millimètres) et renflée en ventre (aussi je l'appelle sonde naviculaire ou en bateau); le fond de la cannelure offre au milieu de sa largeur, dans toute sa longueur, une rainure pour guider la lame du bistouri qui est ainsi toujours maintenue à une distance égale des bords de la sonde et loin de l'intestin, qui se trouve de la sorte protégé *au-dessus*, *au niveau et au-dessous* de l'étranglement. L'extrémité de cette sonde est polie et assez volumineuse pour ne pas déchirer ou percer l'intestin en l'introduisant entre lui et l'étranglement, ou bien entre cet intestin et la paroi abdominale. C'est surtout en protégeant l'intestin au-dessus et au niveau de l'étranglement, là où les autres sondes et les doigts d'un aide ne peuvent rien, que cet instrument rend de grands services.

Sa courbure fait que la cannelure n'abandonne pas la paroi abdominale et qu'aucune anse intestinale ne vient se placer sous le tranchant du bistouri qui doit être courbé dans le même sens.

B. *Causes de la persistance de certains étranglements.* — Nous avons démontré que dans les hernies où l'étranglement est causé par le collet du sac ayant beaucoup de longueur (hauteur), si le débridement ne porte pas sur toute l'étendue de ce collet, l'étranglement peut n'être levé qu'en partie et les accidents continuent; ou il peut arriver, bien que l'étranglement siégeant à la partie inférieure du collet ait été complétement détruit, qu'une portion ou la totalité des parties herniées passe, pendant la réduction, par l'incision faite au collet (en débridant) dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et les accidents continuent comme dans le cas précédent. J'ai observé un fait de ce genre que j'ai communiqué à la Société de chirurgie. Il suffit d'avoir fait connaître ces causes de la persistance de l'arrêt du cours des matières intestinales pour indiquer la conduite à tenir en pareille circonstance.

C. — Il peut exister à la fois dans une même hernie *deux étranglements*, produits l'un par le collet du sac, l'autre par des adhérences entre lesquelles l'intestin s'est engagé; j'en ai signalé un exemple à la Société de chirurgie dans la séance du 13 octobre 1848.

13. *Hernies ombilicales étranglées.* — Dans une communication faite en 1861 à la Société de chirurgie, après avoir fait connaître les causes spéciales de la gravité de la kélotomie ombilicale, je cherche à démontrer par la statistique des faits qui me sont personnels et de ceux qui appartiennent à chacun des membres de la Société, que dans les hernies ombilicales étranglées, anciennes, volumineuses et irréductibles depuis longtemps, on sauve un plus grand nombre de malades en établissant un anus artificiel sur l'anse intestinale étranglée qu'en pratiquant la kélotomie avec débridement et réduction. De sorte qu'on peut se demander si, dans la majorité des cas, la première de ces deux opérations ne doit pas être substituée à la dernière au moins pour Paris et les grands centres de population où les grandes opérations réussissent moins bien qu'en province?

14. *Plaies de l'intestin.* — Le procédé de Lembert était resté à l'état de conseil ou de lettre morte jusqu'à ce que j'eusse fait connaître à la Société de chirurgie trois cas de succès qui me sont propres. Dans l'un, fort curieux, la plaie siégeait sur un intestin hernié, étranglé et violet; la plaie avait été produite par la cause de l'étranglement, la même anse intestinale portant même une autre plaie incomplète qui n'atteignait que

les tuniques séreuse et musculaire (séance du 4 octobre 1848). La plus grande des plaies que j'ai oblitérées par ce procédé avait 3 centimètres d'étendue. Réussirait-il dans une plaie où la totalité du diamètre de l'intestin serait divisée ?

15. *Dans l'esthiomène, ou dartre rongeante de la région ano-périnéale.* — Si l'affection s'étend à tout le pourtour de l'anus, le seul moyen à lui opposer est l'excision pratiquée en deux temps éloignés, afin d'éviter plus sûrement les accidents consécutifs et l'ascension de l'extrémité inférieure du rectum. (*Mémoire de l'Académie de médecine*, 1849.)

16. *Opération de la fistule à l'anus par un nouveau procédé*, 1846. — On substitue le spéculum en bec de canne au gorgeret; on opère ainsi la fistule à ciel ouvert avec la même facilité que s'il s'agissait d'ouvrir un trajet fistuleux à la surface du corps. Si une artère est ouverte, elle peut être immédiatement et facilement liée ou cautérisée avec un petit cautère, ou mieux, pincée avec une serre-fine à la tête de laquelle on fixe un fil pour ne pas la laisser s'égarer dans le rectum au moment où elle se détache spontanément. Si le rectum est décollé, on le reconnaît de suite, et l'on peut très-aisément inciser la partie décollée. Si dans ce temps de l'opération on ouvre une artère, on le voit à l'instant même, et l'on peut y remédier aussitôt; s'il existe d'autres trajets fistuleux afférents ou des décollements sous-cutanés, on les reconnaît avec la plus grande facilité en sondant, à l'aide d'un stylet courbe, toute l'étendue de la plaie qui est maintenue ouverte par l'écartement des valves du spéculum, ce qui n'est pas possible avec le gorgeret. Les excisions, s'il faut en faire, ainsi que le tamponnement, s'il est nécessaire, se font beaucoup plus promptement, sûrement et avec moins de douleur. Ce procédé est maintenant adopté par tous les chirurgiens qui ont été attachés en même temps que moi à l'hôpital Beaujon.

17. *Tympanites gastro-intestinales* (voyez *Instruments*, n° 9, *aiguille porte-canule*).

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES ORGANES GÉNITAUX.

A. *Chez l'homme.* Castration.

1° *Section du cordon.* — Au lieu de le diviser successivement par plusieurs coups de bistouri et couche par couche, ou de le trancher d'un seul coup après l'avoir saisi dans une ligature en masse qui étreint mal les parties, expose à l'étranglement et même à l'hémorrhagie par suite de son relâchement par le tassement, ou la section des tissus

qui sont immédiatement au-dessous d'elle, je traverse transversalement le cordon par le milieu de son épaisseur avec une grosse aiguille munie d'un fil double en soie et très-fort, chaque moitié antérieure et postérieure du cordon est étreinte séparément par chacun de ces fils très-fortement serrés, puis le cordon est coupé immédiatement au-dessous et d'un seul coup; par ce procédé, les parties saisies étant très-fortement étreintes, je n'ai jamais vu, depuis plus de vingt ans que je l'applique, ni étranglement, ni hémorrhagie primitive ou consécutive.

2° *Réunion de la plaie du scrotum.* — Pour obtenir l'adhésion de sa surface et de ses bords et prévenir en même temps le renversement de ceux-ci en dedans, après avoir appliqué exactement la moitié externe de la plaie à la moitié interne et affronté exactement les bords, je maintiens toutes ces parties dans cet état à l'aide de grandes serres-fines à longues branches qui, en passant sur les bords, se prolongent très-loin sur la surface externe des lambeaux; le scrotum du côté opéré forme alors un grand pli vertical. Il va sans dire que le nombre des serres-fines varie suivant la longueur de la plaie, qui, généralement, est complétement cicatrisée au bout de huit ou dix jours, à l'exception de son extrémité supérieure par laquelle sortent les fils qui étreignent le cordon. Si la plaie est très-profonde, je ne réunis pas son extrémité inférieure afin de laisser une issue facile aux liquides qui pourraient s'épancher.

B. *Chez la femme. Ablation de l'urèthre.*

1° *Esthiomène vulvaire* (Acad. de méd., 8 février 1848). — Lorsque l'affection occupait la partie antérieure de la vulve et remontait jusqu'à la moitié inférieure et même jusqu'au tiers supérieur de l'urèthre, nous avons enlevé avec succès la totalité du canal en le divisant au-dessous du col de la vessie; pour arrêter ou prévenir l'hémorrhagie, en même temps pour faciliter la miction et éviter le contact de l'urine sur la plaie, nous introduisons dans la vessie une sonde de gomme élastique garnie, à 7 ou 8 centimètres de son extrémité, d'un tampon de charpie imbibée d'un liquide astringent ou mieux de perchlorure de fer, et qui est maintenu en contact avec la plaie. Nous avons depuis répété plusieurs fois cette opération, soit contre l'esthiomène, soit contre le cancer de l'urèthre, et nous n'avons jamais vu l'incontinence ou la rétention d'urine lui succéder.

M. A. Richard nous apprend, dans les *Archives générales de médecine*, que M. le professeur Nélaton a répété cette opération avec succès. Dans les premiers jours de février 1854, il enleva la nymphe gauche et la moitié inférieure de l'urèthre.

2° *Dilatation de l'urèthre et du col de la vessie non malades.* — Soit pour remédier autant que possible à certains vices de conformation des organes sexuels, soit pour

faciliter les opérations pratiquées sur le réservoir urinaire, extraction de calculs, operation de la cystocèle vaginale, etc., j'ai souvent produit une dilatation très-étendue de l'urèthre et du col de la vessie sans qu'il en soit résulté une incontinence d'urine ; mais il faut pour obtenir ce résultat que la dilatation soit opérée lentement et graduellement sans amener la rupture des tissus. (Voy. thèse d'un de mes élèves, le Dr Donet. Paris, 1861.)

3° *Exdermoptosis ou hypertrophie des glandes sébacées de la vulve.* —J'ai démontré que cette affection qui, quelquefois, couvre cette partie d'une quantité considérable de petites tumeurs pédiculées ou sessiles, ne guérit que par excision de la tumeur en masse si elle est pédiculée, et par l'excision de la couche du derme qui la recouvre et son énucléation de la cavité qui la renferme si elle est sessile.

4° *Cathétérisme, dilatation de l'orifice du canal de la glande vulvo-vaginale, injections de diverses natures dans ce canal dans les cas de rétrécissement, d'oblitération de son ouverture, d'hypersécrétion chronique, de blennorrhagie, de kystes de ce conduit, etc.* — Un stylet et une seringue d'Anel sont les instruments nécessaires. *Incision du canal;* introduction préalable du stylet cannelé.

5° *Ouverture des abcès du canal et de la glande vulvo-vaginale.* — L'ouverture de ces abcès ne doit jamais être pratiquée sur la face externe de la grande lèvre, comme on le conseillait avant nous, faute de connaître le siége, la nature et la marche de ces collections purulentes; on doit les ouvrir en dedans de la grande lèvre, dans la partie inférieure du pli nympho-labial, en suivant la direction de ce pli. En les ouvrant par la grande lèvre, l'opération est plus douloureuse ; elle laisse une cicatrice difforme, et ce qu'il y a de plus grave, elle ne met pas les malades à l'abri de la récidive si fréquente de ces sortes d'abcès (p. 177 et suivantes). Ce mode d'ouverture et son étendue plus ou moins grande varient suivant la variété de l'abcès.

6° *Extirpation de la glande.* —Peut être exécutée par deux procédés (voyez p. 13 et 184).

7° *Traiteme ntdes kystes du canal excréteur et de la glande.*—Toutes les espèces d'incisions et d'injections, à moins que celles-ci ne soient fortement caustiques, échouent; pour guérir ces affections, il faut avoir recours à de larges résections, à l'extirpation plus ou moins complète du kyste, à sa cautérisation ou à l'extirpation : ces deux dernières méthodes ne doivent être que l'*ultima ratio.*

8° *Végétations syphilitiques ou vénériennes développées dans le canal excréteur de la glande et venant faire hernie à l'extérieur par l'orifice agrandi de ce canal.* — Ces végétations ont fait, par leur répullulation constante, le désespoir des malades et des médecins jusqu'à ce que j'aie démontré que ces excroissances prenaient naissance

dans une cavité muqueuse qui devait préalablement être ouverte afin de les attaquer directement sur la partie qui les produit. Jusqu'à ce moment, on s'était contenté de les abraser ou de les cautériser au niveau de la muqueuse vulvaire et de l'orifice qui leur donnait passage.

9° *Rupture du périnée pendant l'accouchement.* — Deux méthodes qui toutes deux sont basées sur la tuméfaction de la vulve et du périnée, qui suit la parturition, et sur l'atonie ou l'espèce de paralysie des muscles de cette région par suite de leur violente distention et ruptures partielles.

A. — Déterger la plaie, en pratiquerl a suture à points séparés immédiatement, après la délivrance, faire observer à la malade l'immobilité (quatre cas de succès obtenu) à Lourcine, lorsque j'étais chargé du service des accouchements de cet hôpital; cette opération, pratiquée sept à huit jours après, lorsque la tuméfaction est tombée et que les muscles ont repris leur contractilité et tirent les lambeaux en dehors, échoue souvent (Société de chirurgie, 1845).

B. — Tenir pendant huit jours les cuisses et les fesses très-rapprochées, à l'aide d'une grande bande, longue de 11 à 12 mètres, placée en dolores depuis la crête iliaque et le pubis jusqu'au tiers supérieur des cuisses. Cette méthode a l'inconvénient d'être obligé de changer la bande tous les deux ou trois jours, pour donner à la femme les soins de propreté. Pendant le changement de la bande, un aide a soin de refouler la chair en dedans avec les deux mains.

10° *Je n'ai pu guérir les fistules recto-vulvaires*, c'est-à-dire celles qui se portent du rectum à l'extrémité inférieure de l'une des grandes lèvres, que par l'incision, comme dans l'opération de la fistule à l'anus, l'avivement de tout le trajet fistuleux et la suture enchevillée de la plaie.

11° *Formation d'un vagin artificiel complet du périnée au col de l'utérus.* — Incision transversale du périnée, décollement du fond de la vessie du rectum à l'aide d'incisions ménagées, faites transversalement et de bas en haut et d'avant en arrière, pendant qu'un aide refoulait la vessie en haut avec les doigts; mon doigt indicateur gauche, introduit dans le rectum, étudiait et guidait par cette voie l'action du bistouri; le pouce de la même main, introduit dans la plaie, contribuait à refouler et à protéger la vessie, qui fut décollée jusqu'à la partie antérieure du col, que je trouvai oblitéré. La jeune fille se maria quelque temps après et put remplir les fonctions sexuelles. Un an plus tard, je pus établir la communication entre le vagin et le col de l'utérus, celui-ci étant distendu par le mucus utérin et le sang menstruel.

12° *Fistules vesico-vaginales.* — J'ai démontré, par des faits communiqués à la Société de chirurgie, que quand ces fistules sont récentes, datant même d'un mois et

demi à deux mois, on les guérit généralement, pourvu qu'elles ne soient pas trop étendues, par le séjour à demeure dans la vessie, pendant un mois ou un mois et demi environ, de deux sondes en gomme élastique, de longueur et de volume différents, de telle façon que l'une dépasse l'autre de 3 à 4 centimètres, et accolées l'une à l'autre par quelques tours de fil de soie cirée. Ce petit appareil recueille et laisse écouler l'urine à mesure qu'elle est versée dans la vessie, et permet à la fistule de se cicatriser comme une plaie ordinaire qui n'est souillée par aucune substance ou liquide irritant. La malade doit, autant que possible, être couchée en pronation.

13° *Cystocèle vaginale.* — Ayant observé que le procédé inventé et suivi par Jobert, excision d'un lambeau longitudinal sur la paroi antérieure du vagin, suivie de la suture de manière à obtenir une réunion et une cicatrice immédiates, exposait les malades à la perforation de la vessie, à l'hémorrhagie, à la phlébite, à la péritonite, à l'infection purulente et même à la récidive. J'ai dû chercher un procédé qui mît à l'abri de ces accidents. Il consiste, après avoir préparé convenablement la malade, 1° à introduire le doigt auriculaire gauche dans la vessie par l'urèthre, préalablement dilaté, afin de surveiller et guider les instruments qui devront agir sur la paroi du vagin et éviter qu'ils blessent ou attaquent la vessie; 2° à saisir fortement, avec une petite pince de Museux ou une pince à griffes, la partie ou l'une des parties du vagin que l'on veut enlever; on la fait fortement attirer en bas et en avant par un aide, afin de la tendre et de l'écarter autant que possible du fond de la vessie; 3° avec la main droite, munie ou non d'un porte-aiguille, le chirurgien place à la base du pli vaginal, entre lui et la paroi de la vessie, surveillée par l'auriculaire, deux longues et fortes épingles en croix, en ayant soin de ramasser au-dessus d'elles le plus possible de la paroi vaginale; puis il jette derrière une anse de fil très-solide, non susceptible de se briser, et étreint très-fortement avec elle la paroi vaginale placée au-dessous des épingles. Une anse d'écraseur linéaire placée au-dessus du fil se charge de la section des parties saisies; pendant son action, le doigt auriculaire examine si la vessie reste libre et non saisie par l'écraseur. On peut faire tomber ainsi, soit séparément, soit simultanément, ce qui vaut mieux, deux ou trois points de la paroi antérieure du vagin. Un procédé encore plus expéditif et moins douloureux, et peut-être plus sûr, consiste, après avoir étranglé le plus possible les tissus sur les épingles en croix, à les laisser mourir et tomber spontanément. (Voyez pour les détails la thèse de M. A. Drouet.)

Cette opération, qui n'est presque pas douloureuse, a encore pour avantage de laisser après elle une cicatrice froncée et rétractile qui met les malades à l'abri d'une récidive.

14° J'ai appliqué avec le même succès ce procédé à la *rectocèle vaginale*.

15° *Amputation sus-vaginale du col de l'utérus dans l'allongement hypertrophique sus-vaginal de cette partie*, accompagnée de la précipitation, de la chute et du renversement complet du vagin, dans les affections *cancéreuses et épithéliales* du col, remontant jusque dans la cavité du corps, les couches externes étant saines et le col saillant hors la valvule.

Cette opération, qu'on pourrait appeler *amputation par évidement*, consiste : 1° à détacher la paroi postérieure du vagin de la paroi postérieure du col sans ouvrir le cul-de sac péritonéal recto-vaginal, à couper successivement et en remontant d'arrière en avant et de bas en haut toute l'épaisseur de cette paroi utérine, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans la cavité de l'organe; 2° à inciser le cul-de-sac antérieur du vagin, à décoller la vessie de la paroi antérieure du col et à couper obliquement celle-ci de bas en haut et d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans la cavité de la matrice au niveau de la première incision. Pour le manuel opératoire, voyez page 157 et suivantes de notre grand Mémoire sur les allongements hypertrophiques et les chutes de l'utérus, 1860.

Tous les accidents primitifs de cette opération, tels que lésion de la vessie, des uretères, du cul-de-sac du péritoine et hémorrhagie, peuvent être facilement évités avec de l'attention et la connaissance exacte de la disposition anatomo-pathologique des parties. Il ne faut pas oublier que dans ce cas on agit à ciel ouvert, le col de l'utérus étant en dehors de la vulve, ce qui diminue considérablement les difficultés.

16° *Catarrhe utérin purulent.* — Lorsque cette affection a résisté à tous les moyens médicaux, internes et externes, il ne reste plus qu'à détruire les organes qui en sont le siége et qui produisent le muco-pus, c'est-à-dire les follicules muqueux du col, appelés œufs de Naboth. On fait avec un bistouri long, étroit, tronqué ou légèrement boutonné, et incliné à angle très-ouvert sur sa tige, douze ou quinze incisions à la surface interne du col, en agissant de dedans en dehors sur toute la hauteur de la cavité cervicale; chacune de ces incisions ne doit avoir que 2 à 3 millimètres de profondeur. Elles sont dirigées comme les rayons d'une roue qui se portent du centre à la circonférence. On les cautérise ensuite fortement avec un crayon de nitrate d'argent. Après avoir répété cette opération deux, trois ou quatre fois, tous ou presque tous les follicules sont détruits et la maladie guérie. (Société de chirurgie, séance du 25 septembre 1844, et *Gazette des hôpitaux*, 1844.)

17° *Métrorrhagies.* — Celles qui viennent de la cavité, corps de l'utérus, soit qu'elles tiennent à une atonie de la muqueuse, à des dilatations variqueuses des veines de cette membrane, à son ramollissement, à des granulations ou à des fongosités, sont généralement très-promptement arrêtées par des injections de solution de perchlorure de

fer à différents degrés. Nous avons fait fabriquer dans ce but une sonde utérine à double courant dont nous parlerons plus loin. A l'aide de ces injections, nous avons pu arrêter et guérir des métrorrhagies qui avaient résisté à tous les autres moyens connus.

18° *Polypes fibreux très-volumineux intra-utérins; extraction par morcellement.*— Lorsque leur volume est tel que, saisis avec de fortes pinces articulées ou non, et même avec un forceps spécial, on ne peut leur faire franchir les détroits du bassin ni la vulve, il n'y a qu'un moyen à employer pour en débarrasser la malade, c'est leur *morcellement* sur place, dans la cavité de l'utérus. J'inventai et employai cette méthode pour la première fois en septembre 1838, lorsque je remplaçai Gerdy à l'hôpital Saint-Louis, sur une jeune femme dont la vulve étroite ne permettait pas le passage du polype. Je le divisai en trois parties.

Depuis, le 29 avril 1846, ayant à extraire un polype fibreux pédiculé, du volume de la tête d'un adulte, renfermé dans la cavité utéro-vaginale, n'ayant pu l'attirer au dehors ni lui faire franchir le détroit supérieur du bassin, j'eus de nouveau recours à ce procédé; je l'enlevai par portions en le divisant avec un long bistouri tronqué; je séparai d'abord de la masse la partie inférieure placée dans le vagin; cette portion avait le volume du poing; trois autres portions de même dimension furent successivement séparées de la tumeur et enlevées, la cinquième put alors traverser l'ouverture vulvaire, en entraînant et en renversant le fond de l'utérus. (Société de chirurgie, 29 avril 1846. Voyez, pour les détails, mon *Traité d'hystérométrie*, p. 169.)

Depuis cette époque, j'ai répété avec le même succès cette opération que M. Maisonneuve a modifiée : il ne sépare pas entièrement chaque partie de la masse principale, il se sert de celle qu'il a détachée en partie pour en attirer, par traction, une autre portion en dehors, et ainsi de suite jusqu'à la sortie complète.

19° *Amputation des polypes fibreux sessiles avec renversement de l'utérus, moyen d'éviter la perforation de cet organe ou l'ablation de son fond pendant l'opération.* — La couche de tissu utérin qui recouvre la surface de ces polypes, dans une étendue et épaisseur plus ou moins considérables, fait qu'il est souvent impossible de reconnaître la limite qui sépare le polype de l'utérus, limite sur laquelle doit porter l'instrument tranchant; ni la différence d'aspects, de sensibilité des deux parties, ni même une légère incision longitudinale pratiquée sur elles, ne peuvent lever la difficulté, comme je m'en suis assuré le 28 octobre 1860, en enlevant avec mon collègue Robert un polype fibreux sur une jeune fille. Grand était notre embarras, lorsque me rappelant mes connaissances anatomo-pathologiques, il me vint à l'esprit de fendre la

tumeur en deux, de son sommet à sa base, et de remonter ainsi jusqu'à l'extrémité supérieure et à la limite du corps fibreux que je reconnus facilement; je pus alors l'enlever avec toute sécurité.

Le même moyen pourrait et devrait être employé s'il s'agissait de poser une ligature sur la base du polype, on éviterait ainsi de comprendre, comme malheureusement cela a été fait, une portion de l'utérus dans la ligature.

20° *Ligature, amputation des polypes intra-utérins et extra-vaginaux.* — Pour exécuter ou faciliter l'une ou l'autre de ces deux opérations, mais surtout la dernière, il est nécessaire d'exercer sur le polype des tractions en différents sens, soit pour le déplacer, l'abaisser, tendre son pédicule, etc. Tous les chirurgiens, pour opérer ces tractions, se servent d'érignes doubles, de pinces de Museux, à deux ou trois griffes, ou de petites pinces à dents. L'emploi de ces instruments ne convient qu'autant que les tractions ne doivent être que légères, et que le polype est dur et ferme; dans les circonstances opposées, ces instruments entrent dans l'épaisseur du polype, le lacèrent ou le déchirent en lanières; le but de leur emploi est non-seulement manqué, mais il s'ensuit souvent une hémorrhagie qui rend l'opération plus difficile, ou oblige à la suspendre, sans avoir rempli le but qu'on se proposait. Pour obvier à ces inconvénients, depuis de longues années (quinze à vingt ans) je commence par jeter une anse métallique sur l'extrémité inférieure ou sur le milieu de la tumeur, je la serre le plus possible et je place au-dessus d'elle les moyens de traction. Cette anse, qui étreint le polype, l'allonge, en diminue les diamètres horizontaux, et a encore pour avantage de faciliter sa sortie par l'orifice du col ou par l'ouverture vulvaire.

21° *Deux opérations césariennes.* — La première pratiquée en 1830, lorsque j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis. Elle fut faite douze minutes après la mort, causée par une violente hémoptysie; l'enfant, extrait vivant, vécut six mois. Ce fait important prouve qu'on ne doit jamais reculer devant l'opération césarienne *post mortem*, lors même que le décès de la mère n'est pas tout récent. La seconde fut pratiquée en 1854, pendant la vie, sur une femme qui portait une tumeur fibreuse du volume du poing développée dans la partie latérale droite du col, et remplissant l'excavation du bassin. Elle vint confirmer l'opinion que j'avais émise trois mois plus tôt sur la nécessité de pratiquer sur cette femme l'accouchement prématuré, opinion qui fut rejetée dans une consultation composée des accoucheurs les plus habiles, sous prétexte qu'au moment de la parturition on voyait beaucoup de ces tumeurs se déplacer et livrer passage à l'enfant. (*Bull. de la Soc. de chirurgie et de la Soc. anatomique*, 1854.)

22° *Cathétérisme utérin.* — Le premier, j'ai fait connaître les avantages que l'on

peut retirer de cette opération, et j'ai inventé pour l'exécuter un instrument spécial, l'hystéromètre.

23° *Kystes de l'ovaire* (voy. plus bas, p. 25). — Parmi les opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées, j'en signalerai une seule, celle que j'ai faite en 1862, dans laquelle je fus obligé, avant d'arriver au kyste ovarique multiloculaire, de traverser une masse de kystes développés dans le grand épiploon que je dus enlever préalablement; il renfermait de vingt à vingt-cinq kystes. (*Bull. de l'Acad. impériale*, t. XXIII.)

OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL DE LA VISION.

1° *Pupille artificielle, nouveau procédé de corétomédyalysie.* — Avec une aiguille falciforme, mousse sur sa convexité, tranchante sur son bord concave, je traverse la cornée vers son union avec la sclérotique, j'incise l'iris dans toute sa largeur, de sa circonférence à son centre, puis je porte la pointe de l'aiguille, son bord convexe étant dirigé en avant, à l'extrémité excentrique de l'incision irienne, j'enfonce cette pointe une seconde fois dans l'épaisseur de l'iris, que je décolle dans une étendue de 3 millimètres environ, par un mouvement de rotation imprimé à l'instrument : ce premier décollement d'une des lèvres de l'incision obtenu, je répète la même manœuvre sur l'autre. Ce procédé a l'avantage sur celui de Donégana, de ne pas rendre très-difficile ou impossible l'incision de la partie décollée de l'iris. (*Dissertation sur les opérations de la pupille artificielle*, 1841, p. 54.)

2° *Procédé pour détruire et prévenir la récidive des adhérences des paupières au globe de l'œil.* — Après avoir, comme tous les chirurgiens, détruit l'adhérence par la dissection, je place un linge très-fin, garni de cérat, entre le globe de l'œil et la paupière, je fixe ce linge au fond de la nouvelle gouttière palpébro-oculaire à l'aide de deux ou trois fils doubles qui traversent l'épaisseur de la paupière à sa base et viennent s'attacher au dehors sur un rouleau de diachylon. Ce linge est maintenu ainsi, sans déplacement possible (c'est en cela que consiste le procédé), jusqu'à ce que la plaie faite à l'œil et au voile palpébral soit cicatrisée. J'ai, en 1850, montré à l'Académie de médecine un malade chez lequel j'ai détruit et prévenu, par ce procédé, la récidive de l'adhérence. Il s'agissait de la paupière supérieure : les fils sortaient à travers la peau, au niveau du bord inférieur du sourcil.

3° *Opérations de la fistule lacrymale.* — Un procédé simple, prompt, qui n'expose pas à faire une fausse route, et offre l'avantage de ne pas effrayer les malades, consiste à passer la canule ou le fil conducteur du séton par l'ouverture de la fistule,

sans pratiquer l'incision du sac. On cathétérise auparavant le sac et le canal des larmes.

OPÉRATIONS SUR LE COU.

1° *Adénite cervicale profonde, extirpation.* — Pour l'extirpation des ganglions lymphatiques carotidiens profonds et volumineux situés au-dessous du muscle sterno-mastoïdien, des principaux vaisseaux et nerfs de la région carotidienne, il faut, à moins d'impossibilité, attaquer ces ganglions par une incision pratiquée le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, en les faisant refouler sur ce point par un aide, et non directement le long de son bord antérieur, où l'on blesserait presque infailliblement quelques-unes des parties importantes que je viens de signaler. En 1853, j'ai montré à la Société de chirurgie un malade sur lequel j'ai enlevé avec succès, par cette voie, une tumeur ganglionnaire plus volumineuse qu'un gros œuf de dinde, bien que cette tumeur fût placée entre le larynx et le muscle sterno-mastoïdien.

2° *Trachéotomie.* — Une des difficultés et l'un des dangers de cette opération est le développement hypertrophique de l'isthme et des vaisseaux du corps thyroïde qui expose à une hémorrhagie grave pendant l'opération avant l'ouverture de la trachée, et à un écoulement de sang dans ce conduit lorsqu'il est ouvert, soit avant, soit après l'introduction de la canule. Pour éviter ces dangers, et pour arriver facilement et promptement à mettre la trachée à découvert, le 9 octobre 1856, aidant Robert dans une opération de trachéotomie sur un enfant dont l'isthme hypertrophié du corps thyroïde fournissait beaucoup de sang et arrêtait la main de l'opérateur, je conseillai à Robert d'embrasser et d'étreindre dans une forte ligature, passée au moyen d'une aiguille courbe, chaque extrémité de cet isthme au point où il s'unit aux lobes latéraux, puis de le couper au milieu. Ce conseil suivi arrêta immédiatement l'hémorrhagie, et permit d'arriver, à sec, jusqu'à la trachée. Ce procédé a l'avantage d'être plus prompt, plus facile, et surtout plus sûr que le décollement de la glande conseillé et pratiqué par Jobert et M. Legros (d'Aubusson), sans parler des inconvénients ultérieurs, de la présence et du gonflement de cette partie de la glande pour le fonctionnement de la canule et la facilité des pansements (voy. les *Mémoires* de MM. Legros et Bertholle couronnés par l'Académie de médecine). Ce même procédé peut être suivi à l'égard des gros vaisseaux qui passeraient transversalement devant la trachée.

3° *Goîtres.*

A. *Goître hypertrophique.* — Très-volumineux (19 centimètres de largeur, 12 centimètres de hauteur), guéri par l'application simultanée de trois sétons-fils passés à travers la tumeur avec de grandes aiguilles courbes, à pointe très-acérée et arrondie, comme celle des aiguilles à coudre, et non à pointe en fer de lance et à bords tranchants. Avec de telles aiguilles, on s'expose à ouvrir ou à couper entièrement une ou plusieurs des grosses artères que renferme cette espèce de goître (1854).

B. *Goître kystique.* — Des plus volumineux, 19 centimètres de largeur sur 16 centimètres de hauteur, s'étendant depuis le menton jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'extrémité supérieure du sternum : il renfermait un litre et demi de liquide séro-sanguin ; guéri par les ponctions et injections iodurées (dessiné par David d'Angers en 1856). Ces deux malades ont été présentés guéris à la Société médicale du 1er arrondissement.

Extirpation d'un énorme lipome occupant toute la région sus-claviculaire droite, s'étendant verticalement depuis l'oreille jusqu'au niveau de la quatrième côte, et transversalement depuis le sterno-mastoïdien jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire en couvrant la partie supérieure de la poitrine et du bras. Profondément cette tumeur envoyait des prolongements lobulaires entre les muscles, les vaisseaux et les nerfs de la région sus-claviculaire; aucune de ces parties importantes ne fut atteinte dans l'opération que j'exécutai en partie par arrachement et énucléation. Une grande portion de la peau qui recouvrait la tumeur fut circonscrite et enlevée avec elle à l'aide de deux incisions semi-lunaires (octobre 1841). Cette tumeur lipomateuse pesait 1kil.,50. Le malade guérit sans aucun accident.

OPÉRATIONS SUR LES MEMBRES.

1° *Amputations dans la continuité. Section de l'os.* — Dans celles de la cuisse, de la jambe, au-dessus des malléoles et au tiers inférieur de cette partie, je me comporte depuis très-longtemps comme dans l'amputation de la jambe au lieu d'élection, c'est-à-dire que je divise d'abord par un trait de scie oblique de haut en bas et d'avant en arrière la demi-circonférence antérieure du cylindre osseux avant de le scier perpendiculairement; l'expérience m'ayant démontré que si l'on ne se comporte pas ainsi, la crête antérieure de l'extrémité de l'os, par sa pression lente et graduelle, perfore ou gangrène les chairs en avant et passe à travers, puis l'os se nécrose infaillible-

ment. Ultérieurement l'usage du membre artificiel est moins gênant et moins douloureux.

2° *Amputations sur le membre inférieur. Moyen hémostatique.* — C'est une faute, pour arrêter la circulation artérielle, de comprimer l'artère crurale avec les extrémités des doigts sur le bord antéro-supérieur de la branche horizontale du pubis : on ne fait, en agissant de la sorte, qu'aplatir l'artère ; la fatigue, un simple mouvement du bassin du malade ou une violente contraction des muscles abdominaux qui tendent et soulèvent l'arcade crurale, suffisent pour rendre cette compression inutile, ou bien l'artère glisse en dedans ou en dehors des doigts placés en ligne sur son trajet. Pour bien exécuter cette petite opération si importante cependant, il faut, avec la pulpe des quatre derniers doigts réunis en demi-cercles et placés en travers de l'artère, au-dessous du pli inguinal, là où elle est presque sous-cutanée, la comprimer en la refoulant de bas en haut et d'avant en arrière sur la branche horizontale du pubis. En agissant de la sorte, non-seulement les doigts ne sont pas séparés de l'artère par l'arcade crurale, elle ne peut leur échapper en glissant à côté d'eux, mais encore ils lui impriment un changement de direction qui lui fait former trois angles contre lesquels la colonne sanguine vient se heurter et perdre une partie de sa force d'impulsion.

3° Pour les amputations *exécutées sur le membre supérieur*, le procédé de compression généralement employé et qui consiste à placer le bout des doigts le long de l'artère brachiale pour l'aplatir sur la face interne de l'humérus, est également vicieux et incertain ; on applique ainsi l'un contre l'autre deux cylindres qui tendent à rouler et à s'éviter. Pour bien comprimer l'artère brachiale il suffit d'embrasser étroitement la demi-circonférence interne de l'humérus avec la face palmaire du doigt indicateur placé horizontalement au-dessous des tendons du grand pectoral et du grand dorsal.

Ces deux procédés hémostatiques conviennent également pour les autres opérations des membres qui réclament l'interruption momentanée de la circulation.

4° *Amputation des trois derniers doigts avec les métacarpiens correspondants.* — Opération pratiquée avec succès sur une malade atteinte d'une ulcération esthioménale de la main : une partie de la peau de la face palmaire me servit à couvrir le bord cubital du deuxième métacarpien. Cette opération, que Robert ne voulut point pratiquer, malgré mon conseil, conserva à la malade une pince formée par le pouce et l'indicateur, pince qui lui rendait de grands services, tout en laissant la main moins difforme.

Je la présentai à la Société de chirurgie.

5° *Amputation des trois doigts et des trois métacarpiens du milieu dans leur arti-*

culation carpo-métacarpienne, en conservant le pouce et l'auriculaire qui, comme dans le cas précédent, forment une pince qui peut être très-utile. Je n'ai, jusqu'à ce jour, pratiqué cette opération que sur le cadavre, n'ayant pas encore eu l'occasion de l'exécuter sur le sujet vivant.

6° *Amputation des quatre derniers doigts et des métacarpiens correspondants, en conservant le pouce et son métacarpien.* — J'ai eu en 1860 l'occasion de pratiquer cette opération sur un employé du chemin de fer de l'Ouest, qui avait eu la main écrasée entre deux tampons. Son pouce, avec un appui fixé à la partie interne de l'avant-bras, lui était d'une grande utilité.

7° *Dans la tumeur blanche et la carie des extrémités diarthrodiales de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil,* au lieu d'enlever celui-ci avec une portion plus ou moins considérable de son métatarsien, ou même la totalité de cet os, comme cette affection si fréquente est presque toujours de cause locale, je me borne à reséquer l'extrémité ou les extrémités articulaires malades sans enlever l'orteil ; ce qui reste de ce doigt, conjointement avec les sésamoïdes et les tissus fibreux, se tasse, se porte en arrière, sur la portion restante du métatarsien, et bouche presque entièrement le vide produit par l'opération ; le pied est moins déformé, et ce qu'il y a de plus important, ce membre retrouvant en dedans son point d'appui primitif, ne se renverse pas consécutivement dans ce sens. J'ai depuis plus de vingt ans pratiqué cette opération un grand nombre de fois.

8° *Désossification du pouce.*

Dans les maladies des os du pouce, carie, nécrose, spina-ventosa, exostose, écrasement, etc., on doit se garder d'amputer le doigt, comme on le ferait pour tout autre doigt atteint de la même affection. Il faut se contenter d'enlever les os altérés en conservant, même si faire se peut, l'extrémité épanouie de la phalange unguinale. Les parties molles restantes unies aux tendons, à la matrice de l'ongle et à l'ongle lui-même, une fois guéries, revenues sur elles-mêmes et raffermies, forment un appendice mobile qui jouit d'une assez grande force, et peut rendre de grands services pour saisir une foule d'objets différents. Plusieurs fois nous nous sommes conduit de la sorte, et les malades s'en sont parfaitement trouvés.

INVENTION D'INSTRUMENTS.

1° *Hystéromètre* qui est devenu d'un usage si général, que quelques fabricants ont cru devoir le mettre dans la trousse ordinaire.

2° *Dilatateurs utérins* à deux et à trois branches, qui s'écartent parallèlement sans pouvoir nuire par leurs extrémités.

3° *Sondes utérines* pour porter et introduire dans la cavité de la matrice diverses substances médicamenteuses.

4° *Sonde utérine à double courant*, pour faire avec facilité et sans danger des injections, même caustiques, dans la cavité de la matrice.

5° *Bistouri utérin*, pour inciser facilement et sûrement la matrice de dedans en dehors.

6° *Pessaire à air en cuiller*, pour redresser par la méthode intra-rectale, l'utérus rétro-fléchi.

7° *Ténaculum à demeure et à pointe mobile.* Un des grands inconvénients de la ligature des artères avec le ténaculum, c'est de voir, si surtout on agit sur des tissus fermes, élastiques ou contractiles, la ligature se détacher sitôt que le ténaculum est enlevé et l'opération est à recommencer. Pour éviter cet inconvénient j'ai inventé des petits ténaculum en acier doré (pour qu'ils ne se rouillent pas); ils ont la dimension d'une petite aiguille courbe. Aussitôt que la ligature est faite on enlève la pointe et on laisse l'instrument jusqu'à ce qu'il tombe spontanément avec la ligature. Pour éviter qu'il s'égare ou pour en faciliter l'extraction, sa tête est munie d'un fil.

8° *Aiguilles courbes ou droites, rondes, à pointes très-allongées et acérées.* Lorsque l'on place des sétons-fils dans une tumeur érectile, ou toute autre pourvue d'un grand nombre de vaisseaux, ou bien encore lorsque dans l'extirpation d'une tumeur très-vasculaire ou reposant sur de gros vaisseaux, on place au-dessus ou sur la base de la tumeur des ligatures de sûreté pour couper les tissus au-dessous de ce lien, de façon que les vaisseaux soient liés avant leur section, on ne doit pas se servir, comme on le fait, pour passer les fils, d'aiguilles à bords tranchants, et à plus forte raison d'aiguilles en fer de lance; on s'expose en se servant de ces instruments à produire l'accident que l'on cherche à éviter. Il faut dans ces circonstances passer les fils avec des aiguilles rondes qui ne peuvent rien couper.

9° *Aiguille porte-canule.* Comme les petits trocarts explorateurs présentent à leur extrémité trois bords tranchants et qu'ils ne pénètrent dans les cavités qu'ils doivent explorer ou évacuer qu'en divisant les fibres des tissus qu'ils traversent et qu'ils laissent après leur extraction une solution de continuité par laquelle des gaz ou des liquides peuvent s'échapper et s'amasser dans les parties voisines, nous avons eu l'idée de les remplacer dans le traitement par la ponction de la tympanite gastro-intestinale par de grandes et fortes aiguilles rondes, très-acérées et munies d'une canule d'argent par laquelle s'échappent les gaz ou les liquides. Comme les fibres n'ont été

qu'écartées et non déviées, la canule enlevée, le passage de l'instrument se ferme à l'instant même. Cette aiguille porte-canule m'a aussi rendu de grands services dans la hernie étranglée, lorsque l'anse intestinale ne pouvait être réduite à cause d'une distension gazeuse considérable.

10° *Emporte-pièce muni d'un stylet* afin d'aviver également et d'un seul coup toute la circonférence des fistules recto-vaginales.

11° *Sonde en bateau* pour éviter la lésion de l'intestin dans le débridement de la hernie étranglée.

APPAREILS.

1° *Appareil pour la fracture du péroné*. Modification de l'appareil de Dupuytren, qui en lui laissant ses avantages lui enlève tous ses inconvénients. (Thèse pour le doctorat, 1834.)

2° *Appareil à extension continue*, pour les fractures, avec pénétration de l'extrémité inférieure du radius. (Mémoire sur ce sujet, 1842.)

3° *Appareil fort simple, composé uniquement de bandes et d'ouate, pour la fracture du col du fémur,* et sur lequel nous nous proposons d'entretenir l'Académie.

DEUXIÈME SECTION

I. — TRAVAUX EN ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ils se composent de :

A. — *Faits d'anatomie pathologiques propres à éclairer la physiologie.*

Souvent l'anatomie pathologique vient en aide au physiologiste, et lui sert, bien plus que les expériences et les vivisections les mieux faites, à déterminer les fonctions et la structure de certains organes. C'est ainsi que j'ai vu un cas de compression des faisceaux antérieurs de la moelle par l'apophyse odontoïde déterminer la perte du mouvement. Plus tard, la partie postérieure de cet organe fut comprimée par l'arc postérieur de l'atlas, la perte du sentiment s'ensuivit. (*Recueil d'observations et de faits anatomo-pathologiques*. Paris, 1839.)

Déjà j'ai fait remarquer, à l'occasion des données que les faits pathologiques peuvent fournir au diagnostic, que j'avais rencontré et publié un cas de ramollissement de la région cervicale de la moelle qui ne s'était manifesté que par des troubles dans

les fonctions du cœur, ce qui prouve d'une manière évidente l'influence de la moelle épinière sur les contractions de cet organe.

J'ai publié trois faits de cancer du cerveau et de la dure-mère, qui montrent que la sensibilité générale et la nutrition du globe de l'œil sont sous l'influence de la cinquième paire de nerfs. Les expériences et l'anatomie pathologique démontrent que l'altération du nerf de la cinquième paire peut déterminer la perte de l'œil. L'anatomie pathologique prouve aussi qu'il n'en est pas de même de l'allongement des nerfs de cet organe et de la branche ophthalmique de Willis; ainsi un allongement d'un pouce n'amène pas nécessairement la perte du globe de l'œil ni de ses fonctions, comme le montre une observation très-curieuse que j'ai publiée (*Recueil d'observations*, obs. 8). Lorsque cet allongement a été porté assez loin pour amener la perte de la vue, ce sens peut se rétablir lorsque la cause qui a produit cette extension des nerfs a cessé d'agir et que ceux-ci peuvent recouvrer leur longueur primitive.

Les maladies du système osseux que j'ai observées, telles que les ossifications accidentelles, les anciennes nécroses, caries, exostoses, périostoses, périostites, etc., etc., que j'ai montrées à différentes sociétés savantes, m'ont conduit à admettre cette vérité anatomique découverte dans ces derniers temps par Gerdy : que les prétendues fibres longitudinales de la substance compacte des os ne sont que des canaux adossés et renfermant des vaisseaux.

B. — *Anomalies ayant trait à la médecine opératoire.*

Je mentionnerai seulement, parmi les anomalies anatomiques que j'ai observées et publiées, celles qui peuvent être utiles à la médecine opératoire et en particulier aux opérations hémostatiques, ainsi qu'aux opérations de hernies.

J'ai vu : 1° l'artère crurale située en dedans de la veine du même nom au lieu d'être en dehors. Il ne suffirait donc pas, dans une opération qui aurait pour but la ligature de cette artère, de passer un fil sous le vaisseau qui est le plus en dehors pour avoir la certitude qu'on ait saisi ce tronc artériel;

2° L'artère épigastrique naître de l'artère fémorale à un pouce au-dessous de l'arcade crurale : elle remontait accolée à la face postérieure de la paroi antérieure du canal crural, jusqu'à la partie antérieure et externe de la portion du canal qui laisse passer les vaisseaux lymphatiques dans l'abdomen, et par laquelle se forment les hernies.

3° Sur le même sujet, l'artère obturatrice naissait de l'épigastrique immédiatement après son entrée dans l'abdomen, se portait en dedans en suivant la partie postérieure de l'arcade crurale; puis, après un trajet de six à sept lignes, se recourbait en

bas et un peu en dehors, non pas, comme cela a lieu le plus ordinairement dans cette anomalie, vers la pointe du ligament de Gimbernat, mais bien en suivant la base ou le bord concave de ce ligament. S'il eût été nécessaire, chez le sujet, de pratiquer l'opération de la hernie étranglée, il eût pu survenir une hémorrhagie dans deux circonstances principales : 1° dans le premier temps, en mettant la hernie à découvert, l'épigastrique eût pu être blessée ; 2° en débridant ; si l'étranglement eût été produit par l'ouverture inférieure du canal, cette artère eût pu être lésée par le débridement en dehors directement, ou en dehors et en haut. Si l'étranglement eût siégé à l'ouverture supérieure, non-seulement cette artère eût couru les mêmes dangers, mais encore on eût pu ouvrir l'artère obturatrice en débridant en dedans sur le ligament de Gimbernat.

La ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'arcade crurale, pour un anévrysme ou une plaie de cette artère, eût pu manquer son effet à cause de la naissance de l'épigastrique entre l'anévrysme ou la plaie et la ligature, ou bien être suivie d'hémorrhagie lors de la chute du lien, par suite d'obstacle à la formation d'un caillot.

4° J'ai vu l'artère obturatrice naître de la circonflexe iliaque, se porter presque aussitôt en dedans, en passant au-dessus des ouvertures internes des canaux inguinal et crural, et descendre ensuite derrière le ligament de Gimbernat. Cette artère eût pu être coupée en débridant en haut, ou en bas et en dehors.

5° J'ai vu l'artère tibiale antérieure manquer dans les deux tiers supérieurs de la jambe ; cette artère était fournie en bas par la péronière. C'est cette dernière qu'il eût fallu lier si la tibiale antérieure fût devenue anévrysmatique ou eût été blessée à la partie inférieure de la jambe.

6° J'ai vu aussi le tronc brachio-céphalique être fourni par la fin de la crosse de l'aorte et se porter au cou en passant derrière les deux muscles scalènes et le plexus brachial. Si, en faisant la ligature de l'artère sous-clavière droite, on ne la trouvait pas derrière le scalène antérieur, il faudrait la chercher derrière les deux muscles scalènes et derrière le plexus brachial.

Persistance et hypertrophie du thymus chez l'adulte. — J'ai rencontré chez Lacenaire, d'affreuse mémoire, le thymus très-volumineux (4 pouces 2 lignes de hauteur sur 2 pouces de largeur) ; en haut il se prolongeait le long de la partie antérieure de la trachée-artère et arrivait jusqu'à 5 lignes de l'isthme du corps thyroïde. Si dans un cas semblable, on eût été obligé de pratiquer la trachéotomie, il eût fallu ou décoller le thymus, ou passer à travers son tissu pour arriver à la trachée. (*Recueil d'observations et de faits anatomo-pathologiques*, Paris, 1829.)

C. — *Faits divers et exceptionnels d'anatomie pathologique.*

1° J'ai observé le cas rare d'un anévrysme de l'artère basilaire qui, par sa rupture spontanée, a déterminé un épanchement sanguin à la surface du cerveau; le malade a succombé au milieu d'accidents épileptiformes qui avaient fait attribuer sa mort à une violente attaque d'épilepsie.

2° Le premier j'ai prouvé l'existence de véritables abcès aigus dans la rate accompagnés de fièvre intermittente. (Voyez *Bulletin de l'Acad. roy. de méd.*, 1827, et l'*Anatomie pathologique* du professeur Andral.)

3° J'ai donné la première description des véritables polypes vésiculeux de la matrice; tous les auteurs ont désigné sous ce nom une maladie tout à fait différente qui serait beaucoup mieux désignée sous le nom de polypes mucoso-celluleux.

4° J'ai publié deux cas fort curieux de polypes de l'utérus qui adhéraient à cet organe par leurs deux extrémités, comme une véritable guirlande.

5° Varice circonscrite et volumineuse de la veine faciale qui s'est développée presque subitement au milieu de violents efforts pour accoucher.

6° Presque tous les polypes naso-pharyngiens sont fibreux; cependant j'en ai enlevé un qui était composé de tissu cellulaire et de nombreux vaisseaux; le tout enveloppé d'une membrane muqueuse (*Société de chirurgie* et *Gazette des hôpitaux*, 1860, page 23).

7° *Des vices de conformation des organes sexuels chez la femme*, examinés chez le fœtus et la femme adulte (Académie de médecine, séance du 23 septembre 1845).

Il résulte de cette communication :

1° Qu'il est souvent impossible de déterminer le sexe d'un individu dans les premières années par le simple examen des organes génitaux externes;

2° Qu'il est souvent impossible de remédier à certaines obliquités et flexions de l'utérus qui sont congénitales;

3° Que quand le corps de l'utérus est bifide, il y a pendant la gestation une obliquité permanente de cet organe du côté fécondé.

4° Après l'accouchement, lors des phénomènes de la fièvre de lait, le sein qui correspond au côté de l'utérus fécondé éprouve seul, d'une manière très-sensible, les changements que cette fièvre fait éprouver aux deux seins dans les circonstances ordinaires; de telle sorte qu'on peut se demander si chaque partie latérale de l'appareil utéro-ovarique ne tient pas sous sa dépendance la partie correspondante de l'appareil mammaire.

8° *Kyste laiteux.* Dans la séance de la Société de chirurgie, 14 février 1849, j'ai présenté un kyste que j'avais enlevé chez une jeune femme accouchée quatre ans

auparavant et qui avait essayé inutilement de nourrir : ce kyste renfermait une matière semblable à du lait coagulé et à du beurre. A l'examen microscopique, nous avons trouvé les globules du lait et les grands globules du colostrum. Cette affection est fort rare, car, depuis, nous ne l'avons pas rencontrée, malgré nos nombreuses recherches spéciales, et M. Bouchut, dans son excellent mémoire sur l'ulcération et l'oblitération de l'orifice des conduits lactifères (1854) n'en fait pas mention.

9° *Fracture par écrasement latéral du calcanéum par la chute d'un arbre de fer sur le pied.* C'est un des faits sur lesquels Malgaigne a basé sa description. (*Traité des fractures*, par Malgaigne, II, p. 831). C'est le seul cas connu dans la science.

10° *Fracture de l'humérus droit, sain, sur un sujet jeune et vigoureux, par contraction musculaire, dans l'action de lancer des pierres*, 26 mars 1854. La fracture siégeait au-dessous de l'insertion des muscles grand pectoral, dorsal et grand rond, qui ont agi perpendiculairement, subitement et avec violence sur l'os. Le malade a été montré à Malgaigne, qui était alors mon collègue à l'hôpital Beaujon ; c'est un cas très-rare à ajouter à quelques faits connus.

11° *Deux fistules vulvaires*, l'une sur le mont de Vénus, l'autre au-dessus du clitoris, déterminées et entretenues par des calculs biliaires (Société de chirurgie, séance du 9 septembre 1846).

12° *Carie de la base du rocher droit, ulcération et perforation spontanée du sinus latéral droit de la dure-mère ;* hémorrhagie mortelle par l'oreille droite (pièce montrée à la Société de chirurgie, séance du 20 décembre 1843).

13° *Abcès des reins chez les calculeux.* — C'est à tort qu'on a nié cette complication des *calculs chez les enfants.* J'en ai cité un cas très-curieux à la Société de chirurgie (séance du 24 janvier 1849), observé sur un enfant de dix ans, mort à l'hôpital Beaujon d'une rougeole, au moment où je me disposais à l'opérer.

14° *Arrachement complet de la main par un arbre tournant.* Régularisation de la plaie, guérison sans le moindre accident.

15° *Anévrysme spontané de l'artère collatérale interne du doigt auriculaire, au niveau de la deuxième phalange* (février 1856).

II. — TRAVAUX EN ANATOMIE ET EN PHYSIOLOGIE

A.—*Additions à l'Anatomie générale de Bichat* (Encyclopédie des sciences médicales).

On y trouve : 1° une classification des tissus organiques simples et généraux

beaucoup plus étendue que celle de Bichat, elle est basée sur la différence des propriétés vitales et chimiques des parties;

2° Une description particulière des systèmes cellulaire, nerveux de la vie animale, nerveux de la vie organique, vasculaire à sang rouge, vasculaire à sang noir, capillaire, fibreux, musculaire de la vie animale, muqueux, glanduleux, dermoïde, épidermoïde; de nombreuses additions ont été faites à la description de ces différents systèmes de Bichat.

B. — *Recherches sur l'anatomie de l'oreille.*

Sur ce point, j'ai enrichi la science de plusieurs découvertes :

1° J'ai donné une nouvelle description du conduit osseux du muscle interne du marteau; fait voir que ce conduit se prolonge très-avant sur la paroi interne de la caisse, et vient s'ouvrir au-dessous de l'extrémité antérieure de la fenêtre ovale par une ouverture circulaire; j'ai décrit son mode de développement, etc.

2° J'ai fait connaître le véritable trajet de la corde du tympan et décrit pour la première fois le canal tympanique.

3° J'ai décrit toutes les variétés que présente la pyramide, tant sous le rapport de son existence, de son volume, que de sa forme; j'ai fait voir qu'à la cavité de la pyramide aboutissent trois conduits, dont deux avaient déjà été indiqués par M. Breschet.

4° J'ai découvert et décrit la cavité sous-pyramidale, qui est un appendice de la caisse du tympan comparable aux cellules mastoïdiennes.

5° J'ai montré que, dans plusieurs circonstances, les cellules mastoïdiennes sont séparées par de véritables cloisons semblables à celles que l'on trouve dans la capsule des plantes de la famille des Papavéracées, disposition qui est normale dans le cheval et dans le bœuf, et forme un appareil de renforcement acoustique fort avantageux;

6° Que l'étrier peut n'avoir qu'une seule branche, et ressembler alors parfaitement à celui des reptiles et des oiseaux;

7° Que l'axe ou columelle du limaçon n'a pas une existence réelle, indépendante, qu'il est formé par la paroi interne ou concave des spires; la manière dont il se termine a été décrite avec le plus grand soin, ce qui n'avait pas encore été fait.

8° J'ai fait connaître le véritable mode de communication des deux rampes du limaçon.

9° Le premier j'ai donné une description exacte du muscle interne du marteau et fait voir que, quand ce muscle agit, il attire le manche du marteau en dedans, et forme avec cet osselet et la membrane du tympan un levier du troisième genre; qu'au contraire, lorsqu'il cesse de se contracter, la membrane du tympan, par son

élasticité, ramène le manche du marteau en dehors; c'est en vertu d'un levier coudé du premier genre que M. Cruveilhier désigne sous le nom de *mouvement de sonnette*.

10° Que les muscles externe du marteau, antérieur du marteau, n'existent pas; que le premier n'est qu'un petit faisceau vasculaire, et le second un ligament qui fixe le marteau sur la fissure de Glaser. J'ai donné une description nouvelle et très-détaillée de ce ligament. (Thèse pour le doctorat.)

C. — *Autres découvertes en anatomie.* (Même thèse.)

1° Description du véritable trajet du filet du nerf facial désigné sous le nom de corde du tympan; indication et description des variétés que ce filet présente dans son origine.

Il ne va pas se perdre, comme l'ont dit plusieurs anatomistes modernes, dans le ganglion sous-maxillaire, mais bien dans la langue. C'est ce que confirment les nouvelles recherches de MM. Bernard et Gros.

2° Il n'y a pas deux plexus pulmonaires formés chacun par le nerf pneumogastrique correspondant, mais bien un seul plexus pulmonaire formé par les deux nerfs pneumogastriques. Le foyer ou centre de ce plexus est situé derrière et au-dessous de la bifurcation de la trachée, derrière et au-dessous des oreillettes du cœur. Ce plexus s'anastomose, comme je l'ai démontré, avec le ganglion cervical inférieur.

3° Découverte et description d'une anastomose constante et assez volumineuse entre le ganglion cervical supérieur et le nerf laryngé récurrent, avant l'entrée de ce nerf dans le larynx.

4° J'ai montré qu'il y a aussi souvent, peut-être même plus souvent, deux veines azygos qu'une seule.

5° Le premier j'ai donné une description du beau plexus veineux que l'on trouve dans la fosse zygomato-maxillaire, et qui entrelace les deux muscles ptérygoïdiens.

6° (Thèse de concours pour l'agrégation). Découverte et description de la veine saphéno-ischiatique, qui, née de la veine saphène externe, remonte le long de la partie postérieure de la cuisse pour aller se jeter dans les veines du bassin. Cette veine joue un rôle important dans le rétablissement du cours du sang veineux, après l'oblitération de la grande veine saphène. C'est elle qui est cause de l'insuccès de la plupart des opérations chirurgicales tentées pour la cure radicale des varices des membres inférieurs.

7° *Vaisseaux lymphatiques.*

a. La dure-mère offre des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à un ganglion situé à la partie postérieure et supérieure du pharynx, au devant de l'atlas, sur les côtés de l'apophyse basilaire.

b. Les lymphatiques des amygdales, des piliers du voile du palais et des parties latérales de la base de la langue aboutissent à des ganglions placés autour de l'apophyse styloïde et du bouquet de Riolan, vers la face interne de la glande parotide.

c. Ceux de la partie antérieure de la langue se rendent aux ganglions sous-maxillaires et souvent, à l'aide d'un long vaisseau lymphatique, à un ganglion placé vers le milieu de la partie antérieure du col, vers le bord des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens.

Les recherches de M. Denonvilliers ont également démontré ce fait.

d. Les lymphatiques du pénis, après avoir pris naissance sur le gland et sur le prépuce par un seul et unique réseau, montent vers la base de la verge, et là il arrive souvent qu'ils s'entrecroisent de telle sorte que ceux de droite se rendent dans les ganglions de l'aine gauche, et *vice versâ;* ce qui explique comment un chancre siégeant sur un des côtés de la verge peut causer un bubon dans l'aine du côté opposé.

D. *Découvertes anatomiques faites lors de mon concours pour la place de chef de travaux anatomiques.* (Année 1841.)

§ 1er. Nerfs.— 1° *Nerf glosso-pharyngien.* Toute la portion qui se distribue dans l'épaisseur de la langue est destinée à la couche glandulo-folliculeuse de l'organe. Cette même portion, vers la base de la langue et sur la ligne médiane, s'anastomose avec celle du côté opposé; cette anastomose est constante.

2° *Nerf hypoglosse.* Ses branches forment des arcades à la manière des artères mésentériques; de ces arcades naissent des rameaux qui se réunissent et donnent naissance à des arcades plus petites, desquelles partent des ramuscules.

3° Le *nerf laryngé supérieur*, après avoir fourni au larynx une grande partie de ses rameaux et s'être anastomosé avec le laryngé récurrent, se termine dans la portion de la muqueuse pharyngienne qui est située derrière le cartilage cricoïde et l'origine de la trachée-artère. Il fournit là un très-beau plexus.

4° *Nerf laryngé récurrent.* Toujours, avant d'entrer dans le larynx, il s'anastomose, derrière la glande thyroïde, avec un filet nerveux qui naît du ganglion cervical supérieur.

5° La branche nerveuse que l'on désigne sous le nom de *laryngée externe*, et que l'on considère comme une branche du laryngé supérieur, naît toujours de trois sources différentes : 1° du ganglion cervical supérieur; 2° du laryngé supérieur; 3° du pneumo-gastrique directement, et quelquefois du glosso-pharyngien.

6° *Nerfs que le grand sympàthique envoie à la langue.* Ils sont au nombre de trois, de quatre ou cinq. Les uns viennent directement de la partie interne et antérieure du ganglion cervical supérieur, les autres du plexus pharyngien ou du ganglion intercarotidien d'Arnold, ganglion qui est situé dans l'angle de bifurcation de l'artère carotide externe. Ces nerfs, d'abord étalés sur les côtés de la base de la langue, convergent vers l'artère linguale, l'enlacent en tous sens, et donnent autant de rameaux que l'artère fournit de branches. Ces rameaux s'anastomosent avec des filets du grand hypoglosse, mais surtout du nerf lingual.

E. — *Aponévrose et tissu fibreux du pharynx.*

1° *Aponévrose superficielle du pharynx.* Elle forme une espèce de surtout qui embrasse les parties postérieure et latérale du pharynx dans toute la longueur de ce conduit. *En haut et en arrière*, elle se confond avec l'aponévrose céphalo-pharyngienne; *en avant et sur les côtés*, en procédant de haut en bas, elle se comporte comme il suit : en dedans de la branche de la mâchoire et du bouquet de Riolan, elle se confond avec l'aponévrose buccinato-pharyngienne; au-dessous du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne, elle vient se fixer au bord externe du muscle génio-hyoïdien et au ligament stylo-hyoïdien; plus bas, à la ligne oblique du cartilage thyroïde, puis au cricoïde et à la trachée-artère.

2° *Aponévrose céphalo-pharyngienne.* Après un demi-pouce de trajet, elle se dédouble; la lame superficielle ou postérieure tapisse la face correspondante des muscles constricteurs supérieur et moyen; la lame antérieure ou profonde tapisse la face antérieure de ces muscles et les fait adhérer intimement à la membrane muqueuse, qu'elle revêt immédiatement. C'est dans l'épaisseur de cette lame profonde que se trouvent placés les follicules muqueux du pharynx; en descendant sur la face postérieure de la muqueuse pharyngienne, ce feuillet ne forme plus qu'une pellicule extrêmement mince.

3° *Couche fibreuse pharyngo-œsophagienne.* La couche fibreuse de l'œsophage remonte sur le pharynx dans l'étendue de deux pouces et demi environ pour y prendre naissance de la manière suivante : en arrière, elle émane des extrémités inférieures et aponévrotiques des muscles constricteur supérieur, pharyngo-staphylin et stylo-pharyngien; sur les côtés, elle s'insère sur l'interstice du bord postérieur du cartilage

thyroïde dans toute l'étendue de ce bord ; en avant, à cause de l'ouverture supérieure du larynx, cette membrane se bifurque, et chaque portion de la bifurcation, passant sur les côtés des ventricules du larynx, vient se fixer, sous forme de lame très-mince, au bord supérieur du cartilage thyroïde.

Comme cette membrane adhère peu aux muscles qui la recouvrent, il en résulte que la membrane muqueuse pharyngienne, à laquelle elle est assez fortement unie, peut se froncer, se plisser, et paraît peu adhérente aux muscles dans ce point. Ce qui a été dit par les anatomistes du mode d'adhérence de la membrane muqueuse aux muscles doit s'appliquer à cette membrane fibreuse.

F. — *Muscles du pharynx.*

1° Les trois muscles constricteurs ne sont pas uniquement placés les uns au-dessus des autres et légèrement imbriqués; ils forment avec le pharyngo-staphylin et le staphylo-pharyngien trois plans placés les uns au-devant des autres et comparables aux plans charnus de l'abdomen.

2° *Muscle constricteur supérieur.* Ses fibres inférieures descendent jusqu'au bas du pharynx, où elles se confondent avec celles des muscles constricteur moyen et pharyngo-staphylin. Une partie de ses fibres supérieures, celles qui forment une arcade à concavité supérieure, viennent se perdre en avant dans la partie supérieure et antérieure du voile du palais, sur l'aponévrose du muscle péristaphylin externe.

3° *Constricteur moyen.* Souvent il reçoit de la portion kérato-glosse de l'hyoglosse un faisceau charnu.

4° *Muscle pharyngo-staphylin.* J'ai constaté que son extrémité inférieure, ainsi que l'a fait remarquer M. Gerdy, s'unit sur la ligne médiane avec celle du pharyngo-staphylin du côté opposé. Dans le voile du palais, il est formé de deux ordres de fibres, les unes viennent du muscle péristaphylin interne ; les autres, qui appartiennent en propre au muscle, se portent en haut et en avant, puis viennent se terminer dans la partie antérieure du voile du palais, au-dessus et en avant du glosso-staphylin et au-dessous des fibres que le constricteur supérieur envoie au voile du palais : de sorte qu'on trouve de haut en bas, sur la face antérieure de cette cloison, trois ordres de fibres charnues.

5° *Muscle stylo-pharyngien.* En bas, une portion de ses fibres va se fixer au côté correspondant de l'épiglotte; une autre, située un peu plus en dehors, se continue avec les muscles arythéno-épiglottiques; une troisième se fixe, comme le disent les auteurs,

au bord postérieur du cartilage thyroïde, et une quatrième, confondue avec l'extrémité inférieure du pharyngo-staphylin, devient aponévrotique et se continue avec la tunique fibreuse pharyngo-œsophagienne.

6° *Muscle glosso-staphylin.* Arrivées au voile du palais, ses fibres s'épanouissent et se confondent, les unes avec celles du muscle péristaphylin interne, les autres avec celles du pharyngo-staphylin.

G. — *Muscles de la langue.*

1° Les *fibres transversales extrinsèques* de la langue, outre les deux origines que leur assigne M. Blandin, le constructeur supérieur et le stylo-glosse, viennent aussi du génio-glosse et de l'hyoglosse.

2° *Muscle stylo-glosse.* Ses fibres inférieures et externes passent à travers les fibres postérieures de l'hyoglose; les unes se continuent avec les fibres du génio-glosse; les autres se portent horizontalement en dedans, et forment, vers la base et à la face inférieure de la langue, un plan de fibres transversales. Quelques-unes se continuent avec les fibres postérieures de l'hyoglosse.

3° *Muscle génio-glosse.* Ses fibres externes se portent en dehors vers le bord correspondant de la langue, et deviennent transversales; les internes, surtout en avant, s'entrecroisent sur la ligne médiane, au-dessous du cartilage lingual, avec celles du côté opposé. Parmi les fibres moyennes, les unes traversent presque verticalement la langue, les autres viennent se fixer sur les parties latérales du cartilage lingual.

4° Les *muscles glosso-épiglottiques,* que Santorini a nommés muscles rétracteurs de l'épiglotte, ne vont pas, comme on le dit, de la langue à l'épiglotte, mais bien de l'os hyoïde à cet organe. Ce sont des muscles hyo-épiglottiques. Il est très-facile de se convaincre de ce fait en disséquant la langue des grands animaux.

H. — *Membranes muqueuses.*

1° *Membrane muqueuse pharyngienne.* On trouve en haut et sur les parties latérales des follicules muqueux très-nombreux, qui forment deux lignes saillantes et irrégulières de plus d'un pouce et demi de longueur. Partout ailleurs, ces follicules sont disséminés et très-rares.

2° *Muqueuse linguale.* La couche fibro-cartilagineuse qui la double manque en arrière du V glanduleux jusqu'à l'épiglotte; dans tout cet espace, la muqueuse linguale est très-souple et très-mince.

I. — *Artères du pharynx.*

Comme les veines, elles forment un très-beau plexus, qui n'a pas encore été mentionné.

J. — *Veines.*

Les veines de la langue et du pharynx forment un plexus très-serré entre l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et le muscle ptérygoïdien, et que j'appelle plexus veineux ptérygo-pharyngien.

K. — *Dissertation sur les rapports qui existent entre la composition des matières alimentaires et celles du chyle, des fèces et du sang.*

Après avoir donné une analyse chimique des plus détaillées de la composition des aliments, des boissons, des liquides provenant de l'économie versés dans le tube digestif, du chyle, du sang et des excréments, je montre :

1° Qu'il y a la plus grande analogie entre la composition des aliments et celle du chyle; que dix corps simples concourent à former les substances alimentaires et les boissons; que dans le chyle nous en trouvons onze qui sont précisément ceux qu'on rencontre le plus souvent dans les aliments. Les corps simples que jusqu'à présent on n'a pas rencontrés dans le chyle sont : le brome, l'iode, le phthore, le silicium, le cuivre, le manganèse et le magnésium, corps que l'on rencontre très-rarement dans les matières qui forment la base ordinaire de l'alimentation ;

2° Que les corps composés et les principes immédiats qui entrent dans la formation du chyle se rencontrent tous, moins la matière colorante, dans les aliments et les boissons dont nous usons habituellement ;

3° Que les rapports qui existent entre le chyle et le sang sont tels qu'on pourrait presque considérer ces deux produits comme identiques. Dans le chyle on trouve onze corps simples ; dans le sang, il n'y en a qu'un de plus, le magnésium. Tous les principes immédiats du chyle se retrouvent dans le sang.

Il suit de là qu'il ne suffit pas, pour entretenir la vie, que les matières introduites dans le tube digestif soient susceptibles d'être digérées, il faut encore, comme l'ont fait remarquer plusieurs physiologistes modernes, que ces matières renferment la plupart des matériaux du sang et des organes, sous peine de voir le sang se détériorer et l'organisme entier se détruire, ses pertes n'étant pas réparées. Si les animaux que M. Magendie a nourris longtemps avec des substances alimentaires non azotées sont morts, ce n'est pas seulement parce que ces matières étaient privées d'azote, mais

bien parce qu'elles ne renfermaient pas assez de principes nutritifs. On a remarqué que les végétaux non azotés, et ce sont ceux-là surtout que M. Magendie a employés, sont d'une composition fort simple et ne renferment, en général, que trois corps inorganiques, oxygène, hydrogène et carbone. Comment, avec ces trois corps simples, l'organisme pourrait-il former des principes immédiats en assez grande quantité pour fournir à son entretien ?

L. — Un *Mémoire sur l'anatomie de la glande vulgo-vaginale, des divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme et sur leurs fonctions* (avec planches.)

La connaissance de cet organe est de la plus grande importance, en ce qu'elle donne la clef de plusieurs phénomènes physiologiques relatifs aux fonctions génitales, et met sur la voie d'un grand nombre de maladies vulvo-vaginales dont les causes, la marche, la nature avaient été jusqu'alors inconnues ou mal appréciées.

Dans le premier chapitre, intitulé : *Des caractères anatomiques des organes sécréteurs*, je donne une description nouvelle des organes mucipares de l'orifice vulvo-vaginal. Les uns sont simplement agminés et forment quatre groupes : les *vestibulaires*, les *uréthraux*, les *uréthro-latéraux* et les *latéraux de l'entrée du vagin ;* les autres donnent naissance à une véritable glande muqueuse qui a été découverte par G. Bartholin, sommairement décrite par Duverney, Rodius, de Graaf, Santorini, Cowper, etc., et oubliée par tous les anatomistes français de la fin du dernier siècle et par ceux de celui-ci.

Cette glande est double, une de chaque côté de l'entrée du vagin ; elle appartient à l'ordre des glandes conglomérées ; elle donne naissance à un canal qui vient s'ouvrir au-dessous de l'hymen ou des caroncules ; elle existe déjà sur les fœtus de six mois.

Dans le deuxième chapitre, je traite des fonctions qui sont principalement relatives à l'acte de la copulation.

Dans le troisième et dernier chapitre, je m'occupe de l'anatomie comparée et des analogies de cette glande. On la rencontre chez les quadrumanes, les carnassiers, les rongeurs, parmi les ruminants, chez la vache ; dans les pachydermes, elle est représentée par des lacunes muqueuses.

Cette dernière partie forme un travail spécial, qui a été publié dans le treizième volume des *Annales des sciences naturelles*, avril 1850.

(1) Voir appendice

TROISIÈME SECTION

ENSEIGNEMENT

Depuis 1830 jusqu'en 1839, j'ai constamment fait des cours :

1° D'anatomie descriptive (morphologie);

2° D'anatomie médico-chirurgicale ou des régions;

3° De médecine opératoire;

4° De clinique chirurgicale, dans les différents services que j'ai remplis dans les hôpitaux, lorsque j'étais chirurgien du Bureau central;

5° Pendant sept ans, j'ai fait à l'hôpital de Lourcine un cours clinique sur les maladies des femmes;

6° Depuis 1862, j'enseigne l'anatomie à l'école impériale des Beaux-Arts.

QUATRIÈME SECTION

RÉCOMPENSES ET PLACES OBTENUES AU CONCOURS OU A L'ÉLECTION

A. — *A l'École de médecine :*

1° En 1828, j'ai été nommé élève de l'École pratique;

2° En 1829, j'ai remporté le prix de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchement, et les accessits de clinique médicale et de médecine légale;

3° En 1830, nommé aide d'anatomie de la Faculté;

4° En 1833, prosecteur;

5° En 1835, professeur agrégé.

B. — *Aux hôpitaux :*

1° En 1826, nommé externe;

2° En 1828, nommé interne;

3° En 1830, j'ai obtenu le premier prix des hôpitaux, médaille d'or, et deux ans de prolongation d'internat ;

4° En 1832, au moment du choléra, j'ai été désigné par le conseil général des hôpitaux pour remplacer M. François, médecin de l'hospice des Incurables (hommes);

5° Au concours de 1836, j'ai été nommé chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris ;

6° En 1840, nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine ;

7° En 1847, chirurgien de l'hôpital Beaujon ;

En 1848, nommé membre de l'Académie impériale de médecine, section de pathologie chirurgicale ;

Nommé, en 1851, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) pour mes travaux sur les maladies des femmes (1);

En 1853, vice-président de la Société de Chirurgie de Paris ;

En 1854, président de la Société de chirurgie de Paris ;

En 1855, nommé chirurgien de l'institution de Sainte-Périne ;

En 1861, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) ; — +

En 1862, président de la Société médicale du VIIIe arrondissement ;

En 1862, professeur à l'école impériale des Beaux-Arts ;

En 1865, chirurgien consultant de l'Empereur.

Enfin, je crois devoir ajouter que j'ai concouru deux fois pour la place de professeur à la Faculté de médecine de Paris : une fois pour la chaire de médecine opératoire, et une fois pour celle de clinique chirurgicale.

+ idem 1867. Prix Barbier, pour mon ouvrage sur l'hystérométrie.

(1) En 1851, j'ai été nommé président de la Commission médico-chirurgicale instituée au ministère de l'intérieur, pour l'examen des blessés.

Appendice.

(1) Usages et fonctions des ligaments ronds de la matrice.

Ces ligaments ne sont que des organes d'attente, qui ne remplissent aucune fonction spéciale, tant que l'utérus est à l'état de vacuité. Ils le laissent alors flotter en tous sens, au sein de la cavité pelvienne. Ils commencent à entrer en fonction, et à éprouver des modifications dans leur organisation à partir du moment où l'utérus gravide passe dans la cavité pelvi-abdominale ; ils ont dès ce moment pour usage de maintenir le fond et la face antérieure de la matrice en avant, en rapport immédiat avec la paroi antérieure de l'abdomen, et d'éviter un trop grand refoulement de l'estomac, du cœur, des poumons. (Voyez mon mémoire sur les prolapsus de l'utérus, pages 132 à 135.)

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.